ROK V. WRZESIEŃ—PAŹDZIERNIK 1932 Nr. 9—10

# POŁOŻNA

MIESIĘCZNIK

ORGAN STOW. ZAWODOWEGO POŁOŻNYCH KRAKÓW—LWÓW

—□—

Cena pojedynczego numeru **90 groszy**, w przedpłacie kwartalnej **Złotych 2·40**



Redakcja i Admin.: Kraków, ul. Kopernika L. 17, Państwowa Szkoła Położnych. Tel. Redakcji 102-65

—□—

Redakcja na Lwów: Lwów, Pijarska L. 4. □ Telefon Nr. 126. □

MIESIĘCZNIK „POŁOŻNA" P. K. O. Nr. 408.706.



*Dr. HALINA NEWLIŃSKA* — Lwów.

## Odkażanie rąk położnej.

Poród, jako czynność fizjologiczna, nie powinien wpływać ujemnie na zdrowie kobiety młodej i dobrze zbudowanej. Jednem z największych niebezpieczeństw, które grozi jej podczas porodu — jest zakażenie, powstałe bądź wskutek nieodpowiednich warunków, wśród których poród się odbywał, bądź z powodu błędów i zaniedbań przepisów czystości (aseptyki), popełnionych przez niesumienne położne i „babki", które niosły pomoc rodzącej. U tych ostatnich („babek") spotykamy się stale z grubemi przekroczeniami w tym kierunku.

Wiemy o tem, że bakterje znajdują się wszędzie: bujają w powietrzu, znajdują się zawsze na naszem i w naszem ciele, na każdem naszem ubraniu, choćby pozornie najczystszem, wreszcie na każdym przedmiocie, który nas otacza. Wiemy również, że niektóre z nich dostają się do organizmu drogą ran. Nie wszystkie są one chorobotwórcze i właśnie działanie i postępowanie lekarzy i położnych polega na tem, aby znając źródła, skąd się biorą zarazki chorobotwórcze, nie dopuścić ich do organizmu ludzkiego.

Każda kobieta rodząca i każda położnica musi w swych częściach rodnych mieć mniej lub więcej rozległe rany, które łatwo ulegają zakażeniu i to z reguły przez przeniesienie zarazka ręką osoby trzeciej, względnie jakimś zanieczyszczonym przedmiotem, którym osoba pielęgnująca dotknęła rany. Ochrona rodzącej przed wprowadzeniem drobnoustrojów z zewnątrz do jej organizmu jest zasadą bezgnilnego prowadzenia porodu czyli aseptyki. Jest to najważniejsze zadanie położnej. Drugie zadanie nie mniej ważne ma na celu zniszczenie lub o ile możności osłabienie działania tych zarazków, które przedostały się do kanału rodnego. Działem tym zajmuje się antyseptyka.

Aseptyka położnicza rozpada się na aseptykę podmiotową, odnoszącą się do osób obsługujących poród i na aseptykę przedmiotową, tyczącą się środowiska, w którem znajduje się rodząca oraz wszelkich przedmiotów, które mogą być użyte przy porodzie.

W myśl aseptyki podmiotowej osoby, będące przy porodzie powinny unikać zetknięcia się ze wszelkiemi ogniskami zarazy. A zatem, obsługując poród nie wolno jednocześnie odwiedzać osób, chorych na choroby zakaźne, stykać się z gnijącemi ciałami, z trupami lub gnijącemi odchodami, jakie spotykamy np. u kobiet, chorych na raka macicy. Jeżeli zaś przypadkowo położna zetknęła się z chorymi zakaźnymi lub ranami brudnemi — musi ona przez pewien czas powstrzymać się od praktyki położniczej. Czas ten należy poświęcić na energiczne i wielokrotne odkażanie rąk, odzieży i t. p. Z całego ciała ludzkiego, nieosłoniona niczem ręka jest tym narządem, który wszystkiego dotyka i wszystko ujmuje. Drobnoustroje na ręce usadawiające się, tem stalej na niej przebywają, im grubsza jest warstwa naskórka, im liczniejsze są szczelinki, im głębsze fałdy i im więcej jest powierzchownych pęknięć, które na źle utrzymanych rękach się wydarzają. Najniebezpieczniejszemi zaś gniazdami są źle utrzymane rowki podpaznokciowe, zawierające pełne magazyny, gotowych do rozpłodu chorobotwórczych bakteryj. W czasie przerwy w zajęciach akuszeryjnych należy zatem wykonać kilkakrotną dezynfekcję rąk oraz wziąć kąpiel, która rozpulchniając zewnętrzne warstwy naskórka pozwala na dokładniejsze i głębsze oczyszczenie tkanek i przez to umożliwia przenikanie środków odkażających do bakteryj, ukrytych w fałdach i zmarszczkach skóry, uj-

ściach gruczołów łojowych i potowych. Zanieczyszczona odzież należy zmienić, wytrzepać, przewietrzyć, ew. poddać dezynfekcji formalinowej. Dokonanie kilkakrotnej dezynfekcji rąk i przedmiotów zanieczyszczonych ma na celu zniszczenie nietylko samych bakteryj, lecz także i ich zarodników, które trudniej ulegają zniszczeniu.

Ponieważ rąk naszych wygotować nie możemy, musimy do odkażenia ich używać odkażania mechanicznego, które razem z odkażaniem środkami chemicznemi daje nam tę gwarancję jałowości, jak wygotowanie samo.

Czyszczenie mechaniczne rąk polega na:

1. odtłuszczeniu naskórka,

2. rozpulchnieniu i rozmiękczeniu zrogowaciałej, powierzchownej jego warstwy, kryjącej między oddzielnemi komórkami kolonje bakteryj i

3. usunięciu z danego miejsca złuszczonych komórek i bakteryj.

Pierwsze zadanie spełnia mydło, drugie — gorąca woda, trzecie — szczotka. Należy zatem myć ręce mydłem, płynącą, ciepłą, przegotowaną wodą przy pomocy wygotowanej szczotki. Mycie takie musi trwać przynajmniej 10 min., w ciągu tego czasu należy kilkakrotnie ręce opłukiwać i na świeżo namydlić. Zanim przystąpi się do tego mechanicznego mycia, należy nożyczkami obciąć paznokcie tak, by nie wystawały ponad opuszki palców i usunąć pilnikiem brud z pod paznokci i z łożyska paznokcia. Ręce poranione, owrzodziałe, pokryte wypryskiem, popękane, mające odciski nie dadzą się bezwarunkowo mechanicznie odkazić, dlatego położna, mająca takie zmiany na skórze rąk, nie powinna swego zawodu tak długo uprawiać, aż nie wyleczy się z tego.

Ponieważ mechaniczne oczyszczenie rąk nie wystarcza, w dalszym ciągu następuje odkażanie środkami chemicznemi. W tym celu wkładamy ręce na 5 min. do roztworu jakiegoś płynu odkażającego. Każdy środek dezynfekcyjny działa w pewnem rozcieńczeniu, które położna musi znać, musi też pamiętać, że środek taki musi się w wodzie w zupełności rozpuścić, gdyż niektóre środki, jak np. kwas karbolowy wolno się rozpuszczając spada na dno naczynia w formie żółtych kropli. Gdyby położna zapomniała o tem i użyła wody karbolowej źle rozpuszczonej, wtedy każda nierozpuszczona kropla kwasu, dostając się na skórę chorej, może wywołać silne poparzenie.

Ze środków dezynfekcyjnych, używanych w położnictwie, najsilniej działa sublimat, dlatego może być używany jedynie do odkażania rąk i części rodnych zewnętrznych. Do stosowania na błony śluzowe, jak np. przepłukiwań pochwy i t. p. nie nadaje się, gdyż ze względu na łatwość wchłaniania się przez błony śluzowe może wywołać zatrucie organizmu. Jako środek silnie trujący skutecznym już bywa w rozczynie $^1/_{1000}$.

Mniej trującym i dlatego więcej używanym jest lysol. Łatwo rozpuszczalny w wodzie stosuje się w rozczynie 1—2% (do 2 łyżek na litr wody).

Kwas borowy w 3% rozczynie hamuje rozwój bakteryj, ale ich nie niszczy. Nie drażni tkanek i nadaje się do przemywań błon śluzowych. Najsłabszym środkiem odkażającym jest nadmanganian potasu. Z powodu swych własności odwaniających używany bywa do przestrzykiwań pochwy przy odchodach cuchnących, jak np. przy raku macicy.

Na jedną rzecz chciałabym jeszcze zwrócić uwagę, a mianowicie zdarzało mi się niejednokrotnie widzieć, jak niewłaściwie, po dokładnem nawet umyciu rąk, osoby obsługujące rodzącą lub położnicę, nie umiejąc sobie poradzić, nanowo zakażają ręce przez wykonywanie niepotrzebnych drugorzędnych posług, jak np. podawanie basenów, odkrywanie chorej i t. p. Takie ręce należy bezwzględnie uważać za zakażone i dlatego trzeba je ponownie odkazić tak, jakgdyby poprzednio wcale nie były myte.

—o—

*Dr. JAN FISCHER* — Kraków.

## Znaczenie ciąży przenoszonej.

Czas trwania ciąży wynosi w normalnych warunkach 280 dni, czyli 10 miesięcy księżycowych (t. j. 10 okresów miesiączkowania, 40 tygodni lub 9 miesięcy kalendarzowych). Licząc 3 miesiące kalendarzowe wstecz od pierwszego dnia ostatniej miesiączki i dodając do tak znalezionej daty 7 dni, możemy oznaczyć w przybliżeniu termin porodu (sposób Naegelego). Można też obliczać czas przypuszczalnego porodu przez dodanie do terminu wyczucia pierwszych ruchów płodu 5 lub 5½ miesięcy księżycowych (20 do 22 tygodni), zależnie od tego, czy będzie to pierwiastka czy wieloródka.

W położnictwie znamy od dawna ciąże o przedłużonym ich czasie trwania czyli t. zw. ciąże przenoszone. Przytem

przekonano się, że przeważna ilość nadmiernie dużych płodów t. zw. „płodów-olbrzymów" pochodziła z ciąż przenoszonych. Dla porównania podajemy normalne przeciętne wymiary płodu donoszonego: długość ciała 48 do 50 cm., chociaż 51 do 52 cm. wcale do rzadkości nie należą; ciężar ciała około 3.200 gr. (płody żeńskie ważą mniej), obwód główki 34 do 35 cm., obwód barków około 35 cm. Wymiary zaś „dziecka-olbrzyma" (noworodka) przedstawiają się mniej więcej następująco: długośc ciała 55 do 61 cm.; ciężar ciała od 4.500 gr. do 6.000 gr., do 7.000 gr., do 9.000 gr., a nawet opisano płód ważący przeszło 11 kg. (płód ten mierzył 76 cm. długości) *). Obwód barków u „dzieci-olbrzymów" dochodzi do 40 cm. i więcej, przyczem zarysowuje się często wyraźnie u „dzieci-olbrzymów", t. zn. u dzieci przeważnie również i przenoszonych niestosunek pomiędzy wielkością główki a wielkością pierścienia barkowego, na korzyść tego ostatniego w porównaniu z dziećmi normalnych rozmiarów.

Dla ułatwienia należytego śledzenia tematu uwagi te, sądzimy, były konieczne. Znaczenie przenoszonej ciąży w położnictwie polega głównie na różnego rodzaju powikłaniach wynikających z nadmiernego rozwoju płodów, podobnie jak przy normalnie rozwiniętych płodach wobec ciasnej miednicy. Innemi słowy powikłanie to okaże się zwykłą przeszkodą porodową, jakkolwiek nie we wszystkich przypadkach, co postaramy się w dalszej części tego tematu rozwinąć. Ciąża przenoszona ma również i to bardzo ważne znaczenie, że na podstawie doświadczenia lekarzy-położników płody przenoszone ponad normalny okres trwania ciąży, nawet w wypadkach przeciętnych, normą zakreślonych rozmiarów. obumierają przed lub w czasie porodu bez widocznej przyczyny. Fakt ten nabiera tem więcej na doniosłości, jeżeli zważymy, że obumieranie płodów przed porodem a więc w łonie matki powtarzać się może i w następnych ciążach, może się więc stać nawykowe.

Powiedzieliśmy na początku, że przeważna ilość „dzieci-olbrzymów" pochodzi z ciąż przenoszonych. Ale zdarza się, że ponad normę duży płód urodzi się na czasie lub nawet przed terminem, jak też i odwrotnie przenoszone płody mogą być

*) A. Martin: 7.470 gr. (bez mózgu i krwi); Dr. Thiery-Merken: 7.880 gr.; Ahlfeld: 11.300 gr., a 76 cm. długości. a poza tem zestawił z literatury 80 płodów z wagą ponad 6.000 gr. (Halban-Seitz Biologie u Pathologie des Weibes VII. B. 2. T. str. 300).

mniejsze niż zwykle. Liczne spostrzeżenia w położnictwie pouczają bowiem, iż nadmierny rozwój płodu wynika z przyśpieszonego jego rozrostu wewnątrzmacicznego; może się zatem odbyć i w czasie krótszego trwania ciąży.

Jedna czwarta część noworodków nadmiernie rozwiniętych urodziła się, jak odnośne sprawozdania położników świadczą, w normalnym terminie a więc ciąża nie była przenoszoną. Około trzy czwarte ilości płodów nadmiernie rozwiniętych były przenoszone, a połowa z nich (z tych przenoszonych) wykazywała zarazem szybki rozwój wewnątrzmaciczny, ważyły bowiem więcej aniżeli odpowiadałaby waga czasowi trwania ciąży poza termin. Widzimy z tego, że w powstawaniu przeważającej ilości przypadków dzieci nadmiernie rozwiniętych odgrywają rolę dwa czynniki: 1) przenoszenie i 2) nadmiernie szybki wzrost płodu.

Nie wiemy, na czem polega rozwój wewnątrzmaciczny szczególnie dużych dzieci; w większości przypadków mamy zapewne i tu jak wszędzie w przyrodzie do czynienia z odchyleniami w pewnych granicach od przeciętności, ale o chorobliwym rozroście płodu nie możemy jeszcze mówić, mimo głosów niektórych położników, że zaburzenia w współpracy wydzielniczej t. zw. „gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu" zwłaszcza tarczycy, gruczołów rozrodczych (jajników) i przysadki mózgowej ze strony matki, odgrywają tu doniosłą a może i rozstrzygającą rolę *).

Z pewnością dziedziczność, konstytucja **) wchodzi tu w rachubę jako ważny czynnik, gdyż nawykowe rodzenie nadmiernie dużych dzieci dość często można spostrzegać. Doświadczenie zdobyte na licznym materjale porodowym wykazało, że większość matek dzieci nadmiernie rozwiniętych jest wieloródkami, okoliczność zgadzająca się w zupełności z powszechnie znanym faktem, iż waga każdego następnego noworodka wzrasta u danej matki wraz z liczbą porodów. Doświadczenie to poucza nas też, że olbrzymia większość przenoszonych ciąż nie wkracza w dziedzinę chorobliwości, lecz

*) „Gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu" lub krótko „wewnątrzwydzielnicze" mają doniosłe znaczenie dla prawidłowego życia i czynności naszego ustroju, gdyż wydzielają do krwi pewne substancje zwane „hormonami", natomiast nieprawidłowe działanie powoduje różnego rodzaju zaburzenia i przemiany chorobowe ustroju. Gruczołami wewnątrzwydzielniczemi są tarczyca, jajniki, jądra, nadnercza i t. d.

**) zespół pewnych cech ustroju.

zaliczone być muszą jeszcze ze względu na przebieg do porodów prawidłowych. Tylko mniejszość tych ciąż wykazuje powikłania w rodzaju np. obumierania płodów przed lub w czasie porodu, o czem już wyżej była mowa.

Z temi powikłaniami różnego rodzaju wynikającemi z przenoszenia ciąży pragniemy obecnie się bliżej zapoznać. W tym celu najlepiej przyjąć w myśl doświadczenia te ciąże za przenoszone, które trwają ponad 285 dni (do dni 330), uwzględniając w ten sposób częsty błąd wypływający z wielokrotnie nieściśle podawanej przez ciężarne daty ostatniej miesiączki (pierwszy dzień ostatniej regularności).

Na stosunkowo licznym materjale porodowym stwierdzono, że u tych ciężarnych, u których ciąża jest przenoszona o 8 do 10 dni, u których więc noworodek waży mniej więcej do 4.500 gr., nie należy się spodziewać rozwoju płodów w takim stopniu, by mógł stanowić przy prawidłowych rozmiarach miednicy rodzącej jakąkolwiek przeszkodę porodową. Dopiero od 4.500 gr. wagi noworodka począwszy mogą płody, przy prawidłowej miednicy matki, stać się przeszkodą porodową. Naogół do tego stopnia rozwoju t. j. do 10 dni poza termin porodu w niczem prawie przebieg ciąży przenoszonej nie różni się od normalnej co do czasu trwania. W przypadkach zaś, w których ciąża przeciąga się o 11 do 20 dni ponad termin, powikłania porodowe, a tem samem i śmiertelność płodów zwiększa się dość znacznie w porównaniu z normalnie co do czasu porodu przebiegającemi ciążami, bo o 2%. Wreszcie w tych wypadkach, gdzie ciąża trwa 301 do 330 dni, gdzie zatem czas trwania ciąży jest znacznie, bo aż o 50 dni przedłużony, powikłania te są już bardzo poważne przy porodzie a śmiertelność płodów wzmaga się przeszło dwukrotnie t. j. o 50% w porównaniu do ciąż normalnych. Z tego wniosek, że obie ostatnie grupy ciąż przenoszonych t. j. z przedłużonym czasem trwania o 11 do 20 dni i wreszcie aż do 50 dni należy uważać już za nieprawidłowe. Przy wadze mniej więcej do 4.500 gr. nie grożą żadne powikłania wskutek nadmiernego rozwoju płodu; porody przebiegają wówczas normalnie, choć części miękkie matki w wyższym stopniu niż zazwyczaj są narażone na uszkodzenia przy porodzie jak rozdarcia. Zwykle jednak powikłań tu żadnych niema, gdyż matki dzieci nadmiernie rozwiniętych same są przeważnie dobrze i silnie zbudowane, miednicę mają obszerną i w przeważającej ilości wy-

padków, jak już mówiliśmy, są wieloródkami; drogi ich porodowe są już lepiej przystosowane i bardziej podatne przy porodzie. Rozważania te odnoszą się, o czem już wspomniano, do ciąż przenoszonych o 8 do 10 dni, ten bowiem czas odpowiada wadze do 4.500 gr.

Dopiero od 4.500 gr. wagi noworodka wzwyż a więc odpowiednio do tego, gdy ciąża przenoszona jest o 11 do 20 dni, zaczynają się znaczniejsze powiklania porodowe. Od 5.000 gr. zaś trudności te już szybko narastają, gdyż nawet normalna miednica rodzącej jest dla takich „dzieci-olbrzymów" za wąska a stosunkowo nadmiernie duże głowy tych dzieci są po największej części twarde i mało podatne. Powstają więc te same trudności w urodzeniu takiego płodu jak przy normalnej główce a wąskiej miednicy. Niestosunek między główką płodu a miednicą matki może nawet doprowadzić do pęknięcia macicy. Od 7.000 gr. wzwyż poród samoistny według większości zapatrywań nie może się odbyć żadną miarą.

W przypadkach „dzieci-olbrzymów" miernych rozmiarów przeważnie nie tyle główka, ile rozmiary pierścienia barkowego są czynnikiem utrudniającym poród przez to, że szerokie i źle ugniatalne barki albo nie wykazują dążności do wstąpienia do miednicy albo też stawiają znaczny opór podczas wędrówki przez kanał rodny.

Z innych powikłań porodowych u dzieci dość znacznie przenoszonych występują prawie wszystkie o wiele częściej, aniżeli przy normalnych porodach. Wypadnięcie pępowiny np. spotyka się tu mniej więcej dwa razy częściej, aniżeli u normalnie dużych płodów. Pozatem uderza nas częstość zaburzeń w odklejaniu się łożyska t. zn. zbyt powolne odklejanie się jego, a w parze z tem idące nierzadko silne krwotoki w tym okresie porodowym, zmuszające nas do ręcznego wyjęcia łożyska, które zwykle w tych razach bywa nadmiernie duże. Tak samo częściej niż przy normalnych porodach widzimy rzucawkę porodową. Przedewszystkiem zaś i głównie, na co kładziemy szczególny nacisk, częściej aniżeli w normalnych warunkach musimy uciekać się do rozwiązywania takich ciąż względnie porodów drogą operacyjną (porody kleszczowe, wymóżdżenia, cięcia cesarskie, pomoc przy wytaczaniu barków i t. d.).

A teraz zadajmy sobie pytanie, jak należy postąpić wobec

następstw przenoszonej ciąży, celem uniknięcia tych wszystkich powikłań, o których częściowo dopiero co była mowa?

Naogół panuje obecnie w położnictwie jednak zasada, iż przy ciążach przenoszonych należy zająć stanowisko stanowczo wyczekujące, kierując się doświadczeniem, że istotne trudności porodowe występują dopiero przy znaczniejszych nadmiernych rozwojach płodu, a z drugiej strony, że olbrzymi wzrost płodu należy do zjawisk bardzo rzadkich. Tylko tam rozwiązujemy ciążę drogą sztuczną, gdzie mamy do czynienia z t. zw. nawykowym wzrostem olbrzymim płodów, gdzie więc jedna lub kilka ciąż przenoszonych u danej ciężarnej zakończyły się niepomyślnie. Wybór sposobu rozwiązania ciąży będzie zależał w danym wypadku od wskazań i od warunków.

Dane odnoszące się do śmiertelności dzieci nadmiernie rozwiniętych wykazują, że „dzieci-olbrzymy", ważące więc od 4.500 gr. wzwyż po urodzeniu, umierają po urodzeniu tem częściej im więcej ważą, np. na 100 dzieci ważących po urodzeniu ponad 4.000 gr. zmarło później około 4, ponad 4.500 gr. około 11, a ponad 6.000 gr. około 70 do 85 dzieci.

Mówiąc w początkowych ustępach o znaczeniu ciąży przenoszonej podkreśliliśmy fakt, że płody przenoszone ponad normalny okres trwania ciąży obumierają przed lub w czasie porodu bez widocznej przyczyny. Ze względu na doniosłość owego zjawiska z punktu widzenia społecznego, przypatrzmy się bliżej temu zagadnieniu. Na podstawie licznych spostrzeżeń stwierdzono, że przyczyna obumarcia w łonie matki płodów przenoszonych tkwi w jednych przypadkach ciąż przenoszonych w niestosunkach porodowych na tle nadmiernego rozwoju płodów, a więc wskutek urazów porodowych czyli na tle mechanicznym (z przyczyn zewnętrznych), w innych przypadkach zaś, gdzie wykonano badanie pośmiertne obumarłych płodów przenoszonych, wynik tego badania był ujemny, a więc przyczyn śmierci nie można było wykryć. W przypadkach płodów zmacerowanych *) badanie krwi na odczyn Wassermanna w celu stwierdzenia, czy rodzice cierpią na kiłę, wypadało stale ujemnie. Wobec powyższych wyników, chcąc wyświetlić istotę obumierania wewnątrz łona matki płodów przenoszonych w tych przypadkach, w których przyczyną obumarcia nie był czynnik zewnętrzny a więc jakiś uraz porodowy,

*) uległych po śmierci procesom rozkładowym na skutek gnicia wewnątrz jamy macicy, zdarzającego się w sprzyjających ku temu warunkach.

przystąpiono do badania mikroskopowego t. zw. popłodu t. j. łożyska. I tu stwierdzono daleko idące zmiany wsteczne nawet zwyrodnienia w łożyskach a to prawie z reguły nekrozy (martwice), zwapnienia i zgrubienia ścian naczyń płodu wzgl. zamknięcia światła naczyniowego. Przestrzenie międzykosmkowe *) zarastają w wielu miejscach, kosmki miejscami są całkowicie zwapniałe. Jeżeli uwzględnimy znaczenie przestrzeni międzykosmkowych i kosmków, to widzimy, że dostarczanie substancyj pokarmowych płodowi staje się w znacznym stopniu utrudnione wzgl. niedostateczne. Łatwo więc dochodzi w tych warunkach do obumarcia płodu. Ponieważ podobne zmiany widuje się bardzo często w łożyskach pochodzących od matek cierpiących na kiłę, przeprowadzono zatem dokładne badania krwi rodziców tych płodów na odczyn Wassermanna, dający nam w pewnym stopniu możliwość wykluczenia kiły. Przekonano się wówczas o stałe ujemnych wynikach tych odczynów. Ale podobne zmiany łożyskowe znajduje się i u ciężarnych, dotkniętych schorzeniami serca lub nerek. Otóż i tu bliższe dokładne badanie ciężarnych wykluczyło istnienie tych spraw chorobowych. Zmiany te zatem należy kłaść wyłącznie na karb przenoszenia ciąży; w każdym razie zachodzi jakiś związek między temi zmianami w łożysku a ciążą przenoszoną. Nadmieniamy przytem, że i u tych dzieci przenoszonych, które żywe się urodziły, również często znajdywano te same zmiany w łożyskach, jak i u płodów obumarłych; widocznie w wypadkach, w których dzieci rodzą się żywe, zmiany te nie są tak daleko posunięte, by płód obumarł, innemi słowy nie zagrażają życiu płodu. Doświadczenie położników poucza, że te zmiany łożyskowe spowodować mogą obumarcie płodów w czasie ciąży lub porodu. Wymiana gazów między matką a płodem potrzebna do jego życia, — dostateczna mimo tych zmian w łożysku przy macicy będącej w spokoju, nie pracującej, staje się niewystarczająca w czasie porodu, a więc z chwilą zaistnienia pracy macicy, polegającej na skurczach porodowych. Wówczas wskutek zamknięcia światła naczyń krwionośnych macicznych, a przy zmianach już opisanych w naczyniach łożyskowych, łatwo przychodzi do śmierci płodu. Z dotychczasowych wywodów nasuwa się z konieczności wniosek, że wymienione zmiany

*) przestrzenie między kosmkami łożyska: ważne dla odżywiania płodu, gdyż tu odbywa się dostarczanie wraz z krwią matki materjałów odżywczych do krwi płodu t. zw. przemiana materji płodowa.

łożyskowe u płodów przenoszonych i bez widocznej przyczyny (np. uraz zewnętrzny porodowy) obumarłych, wobec występowania tych zmian prawie z reguły i w wielkich rozmiarach, muszą stać w jakimś bardzo ważnym związku przyczynowym z obumieraniem tych płodów wewnątrz łona matki.

Wreszcie winniśmy się zastanowić pokrótce tylko nad przyczyną powstawania ciąży przenoszonej. Odrazu musimy zaznaczyć, że przyczyna ta właściwie, jak i przyczyna rozpoczęcia się normalnego co do czasu porodu, nie jest nam znana. Istnieją pod tym względem różne przypuszczenia, oparte na zdobytem doświadczeniu. Tak więc ucisk główki, stojącej we wchodzie miednicy, wzgl. stopniowe rozszerzanie się szyjki macicznej pod koniec ciąży ma drażnić mechanicznie sploty nerwowe, przebiegające w szyjce macicznej i wywoływać w ten sposób skurcze porodowe macicy. Na poparcie tego twierdzenia można przytoczyć tę część porodów, przy których kobiety, przebywając pod koniec ciąży dłuższy czas w łóżku, wiodąc zatem leżący tryb życia, rodziły dzieci nadmiernie rozwinięte i poza normalnym terminem porodu, z drugiej zaś strony według ich podania rodziły dzieci normalnie duże i na czasie przy poprzednich ciążach, w przebiegu których do ostatniej niemal chwili przebywały przeważnie poza łóżkiem. Z tego widać, że w pozycji leżącej ucisk przodującej części płodu na przytoczone już sploty nerwowe mniej się daje we znaki. Do części więc przypadków ciąż przenoszonych trafność tego twierdzenia istotnie się odnosi. Pozostaje jednak niewyjaśniona ta część przypadków, w których wspomniany ucisk nie może wogóle być brany pod rozwagę, np. przy położeniach płodu poprzecznych, albo u wieloródek, u których główka wstawia się do wchodu miednicy dopiero po rozpoczęciu bólów porodowych, a przecież mówiliśmy, iż większość ciąż przenoszonych i olbrzymich płodów tyczy się właśnie wieloródek. To znów tłumaczą niektórzy położnicy zaburzeniami w przemianie materji ze strony matki i płodu jako przyczynę powstawania ciąży przenoszonej, jak i też porodu na czasie. Że zatem przyczyną jest popłód, jest więc łożysko obok wymienionych już gruczołów wewnątrz-wydzielniczych (tarczycy, przysadki mózgowej i t. d.), że łożysko powoduje wskutek wydzielania pod koniec ciąży pewnych substancyj chemicznych, dobrze określonych, czynność porodową t. j. skurcze porodowe macicy. O ile więc łożysko pod koniec ciąży nie

dojrzeje, nie stanie się zatem zdolne do wytwarzania tych substancyj chemicznych, wówczas poród nie odbywa się na czasie, macica nie zacznie się w normalnym terminie kurczyć, powstaje więc w ten sposób ciąża przenoszona.

Dla wyczerpującego przedstawienia tej części naszych wywodów dodajemy, że i czynnik konstytucjonalny odgrywa również rolę w powstawaniu ciąż przenoszonych, spostrzega się bowiem, o czem też już wspomniano, kobiety z nawykowemi ciążami przenoszonemi t. zn. ciężarne rodzące stale po terminie. Ma to jeszcze i to znaczenie, że u tych kobiet częściej się zdarza obumieranie płodów przed lub w czasie porodu, co znów jast ważne dla postępowania położników (jak już o tem była mowa), celem zapobiegania skutkom ciąży przenoszonej, t. zn. nie zajmowanie wyczekującego stanowiska, jak przy innych ciążach przenoszonych, lecz czynne wkraczanie na drogę sztucznego rozwiązania ciąży w tej myśli, by wydostać tym sposobem żywe dziecko.

Wreszcie niektórzy położnicy stwierdzili, że niedostateczne odżywienie oraz warunki bytowania matek (ciężka praca fizyczna) wywierają swój wpływ na przenoszenie ciąży. Twierdzenia swe opierają ci położnicy na spostrzeżeniach, poczynionych w czasie wojny światowej, że dzieci urodzone podczas wojny w niczem nie różniły się pod względem rozwoju od dzieci z czasów przedwojennych, rodziły się jednak stosunkowo dość znacznie poza terminem porodu (o 4 do 5 dni). Poród tych dzieci następował według tych twierdzeń z chwilą uzyskania pewnego stopnia rozwoju płodu (50 do 51 cm długości, 3.000 do 3.200 gr wagi).

Ciekawem uzupełnieniem do naszego tematu, sądzimy, będzie wzmianka, oparta na doświadczeniu położników, iż naogół płody męskie szybciej rosną, niż płody żeńskie, ponieważ przy równej długości płodu czas trwania ciąży u płodów męskich był krótszy, aniżeli u płodów żeńskich. Pozatem zajmująca jest też i ta okoliczność, że śmiertelność płodów przenoszonych męskich jest większa w porównaniu ze śmiertelnością płodów przenoszonych żeńskich. Powód tego nie jest jeszcze znany.

Pragnąc ująć całokształt tematu przez nas obranego zastanówmy się tylko krótko i ogólnikowo nad znaczeniem ciąży przenoszonej z punktu widzenia medycyny sądowej, a więc nad jej znaczeniem w przypadkach, gdzie chodzi o stwierdzenie ojcostwa, z punktu widzenia więc prawa. Ustawy poszcze-

gólnych państw różnie określają czas trwania ciąży, podając granice najkrótszego i najdłuższego trwania ciąży, co jest z punktu widzenia prawnego ważniejsze, aniżeli podanie przeciętnego czasu trwania ciąży. Austrjacka ustawa cywilna np. przyjmuje czas trwania ciąży od 200 do 300 dni, niemiecka zaś ustawa cywilna od 181 do 302 dni. Nam chodzi ze względu na omawiany temat, t. j. ciążę przenoszoną o górną granicę. Otóż wspomniana ustawa niemiecka np. mówi, że o ile okres ten jest dłuższy niż 302 dni, licząc wstecz od dnia porodu, to i ten czas trwania ciąży będzie policzony na korzyść dziecka.

Na zakończenie kilka uwag praktycznych pod adresem położnych. Położna winna, naszem zdaniem, w każdym wypadku ciąży przenoszonej, a zwłaszcza tam, gdzie czas przeciągania się porodu poza przypuszczalny, znanym i wymienionym na samym początku sposobem obliczania znaleziony termin wynosi ponad 10 dni, zawczwać lekarza, lekarza-położnika, oddając mu ciężarną w opiekę. W myśl wywodów niniejszego referatu skierowując w porę takie ciężarne do lekarza zyska sobie niejednokrotnie położna uznanie i wdzięczność rodzin, u których spostrzega się nawykowe ciąże przenoszone z równoczesnem stałem obumieraniem płodów w łonie matki. Uratowane dla życia dziecko, radość bezdzietnej dotychczas rodziny będzie najlepszą nagrodą położnej.

UWAGA! Korzystając z powyższego artykułu przypominamy przypadek „Z praktyki" p. Koniecpolskiej (strona 14) gdzie urodzony płód nieżywy ważył 10 kg. 70 gr. Od Dr. G., który asystował przy porodzie, uzyskaliśmy potwierdzenie powyższych danych. Redakcja.

*Dr. FRANCISZEK KSAWERY CIESZYŃSKI.*

## Wcześniactwo i słabość wrodzona.

Często przychodzą na świat noworodki, które wykazują niedostateczną wagę i za mały wzrost. Przeważnie są to wcześniaki, czyli noworodki niedonoszone, ponieważ ciąża została z tych lub innych powodów przerwana. Jednakże wiele noworodków przychodzi na świat po ciąży napewno zupełnie donoszonej, lecz, z powodu różnych przyczyn chorobowych matki, nie wykazuje odpowiedniej wagi ani dostatecznego wzrostu. Mówimy wtedy o słabości wrodzonej noworodka. W praktycznem życiu ścisłe rozróżnianie takie jest w stosunku do noworodka nie zawsze konieczne; za to bardzo ważne jest ustalenie czasu ciąży ze względu na chorobę, która nurtuje matkę.

a) Wczesniactwo.

Jako zaburzenie w przejściu do własnego życia można do pewnego stopnia uważać również wcześniactwo. Jest to stan, stojący na pograniczu pomiędzy fizjologją a patologją. Omówienie jego ma doniosłe znaczenie praktyczne, ponieważ wcześniactwo tworzy z jednej strony najlepszy podkład do wszelkich chorób, a z drugiej strony wymaga takiego obchodzenia się, jak z dzieckiem chorem. Kiedy noworodek donoszony umie do pewnego stopnia radzić sobie i dopomina się krzykiem, gdy mu jest za zimno, lub gdy ma za mało pożywienia, albo ma mokro, wcześniak nie umie upomnieć się o swoje krzywdy. Zaniedbania wszelkie zaś pociągają za sobą poważne zaburzenia u niego, które najczęściej kończą się śmiercią.

Przyczyny wcześniactwa są różnorodne i wymagają zawsze wyjaśnienia, aby, jeżeli matka jest chora, leczyć ją zawczasu i w ten sposób uniknąć w przyszłości przedwczesnych porodów.

Najczęstszą przyczyną ich jest kiła czyli syfilis, która to choroba zawsze przez łożysko przenosi się z matki na dziecko i wywołuje zachorzenie płodu, a przez to poronienie lub przedwczesny poród. Dalszemi przyczynami są gruźlica, alkoholizm, choroby serca i nerek u matki.

Podobnie mogą przedwczesny poród wywołać zatrucia fosforem, arszenikiem, rtęcią lub ołowiem, albo ostre choroby zakaźne matki, jak płonica, odra, ospa, zimnica, jakiś dur czyli tyfus lub zapalenie płuc.

Następnie do przedwczesnego porodu mogą przyczynić się miejscowe zachorzenia macicy u matki, jak zapalenie błony doczesnej lub wogóle błony śluzowej macicy, albo złe położenie, względnie jakieś zgięcie tego narządu.

Wreszcie bezpośrednią przyczyną przedwczesnego porodu może być uraz, działający na macicę, a więc upadnięcie matki ciężarnej, uderzenie jej w brzuch, dźwiganie ciężkich przedmiotów przez nią lub wogóle nadwyrężenie się matki.

Bardzo często przyczyną przedwczesnych porodów jest ciąża bliźniacza, która kończy się przeważnie wcześniej niż zwykła.

W końcu wspomnieć należy o sztucznych przedwczesnych porodach, wywołanych koniecznością skrócenia ciąży, z powodu zwężenia miednicy lub krwawienia z przodującego ło-

żyska, jak również z powodu różnych chorób płucnych, sercowych i nerkowych u matki.

Waga i wzrost wcześniaka zależą od miesiąca życia płodowego, w którym nastąpił przedwczesny poród. Z wielotysięcznych obliczeń ustalono następujące przeciętne liczby:

| Trwanie ciąży | Waga | Długość ciała |
|---|---|---|
| 6 miesięcy | 330—1040 gr | 28 —37 cm |
| 6½ miesiąca | 995—1408 „ | 36,3—37,3 „ |
| 7 miesięcy | 800—1700 „ | 33,1—41,3 „ |
| 7½ miesiąca | 1870—1970 „ | 42 —42,7 „ |
| 8 miesięcy | 1990—2220 „ | 39 —47 „ |
| 8½ miesiąca | 2420—2700 „ | 46 —48 „ |

Jaka średnią granicę między noworodkiem donoszonym a wcześniakiem, przyjmuje się zazwyczaj 2.500 g. i 47 cm. Jednakże mogą być noworodki donoszone o mniejszej wadze i wcześniaki o większej wadze. Naogół przypisuje się w rozgraniczaniu tych stanów większe znaczenie długości ciała niż wadze.

Również wzajemny stosunek poszczególnych części ciała jest u wcześniaków inny, niż u noworodków donoszonych. Obwód główki jest w stosunku do obwodu klatki piersiowej jeszcze większy. Tak samo kończyny dolne są w stosunku do długości górnej części ciała jeszcze krótsze, niż u noworodków donoszonych.

Skóra wcześniaka jest zawsze bardziej czerwona i wykazuje prawie zawsze cięższą żółtaczkę, niż u noworodków donoszonych. Meszek jest u wcześniaków również obfitszy nietylko na ramionach i plecach, lecz także na twarzy. Małżowiny uszne są z powodu cienkości chrząstek bardzo miękkie i przylegają poczęści do czaszki. Tkanka tłuszczowa podskórna u wcześniaka nie istnieje prawie wcale. Dlatego skóra jego jest wiotka; pokrywa ona tylko mięśnie i kości, przez co tworzą się mniejsze lub większe fałdy. Nigdy nie jest ona tak napięta i gładka, jak u noworodka donoszonego. Paznokcie na palcach rąk i nóg, jak również i włosy, są przeważnie dobrze rozwinięte.

Ciepłota wcześniaka wymaga specjalnej uwagi, gdyż, wskutek osłabionych czynności wszystkich narządów jego, zawsze jest obniżona. Nawet widzieć to można, że wcześniak wskutek zimna bardzo często blednie lub sinieje. Przy dotknięciu go zaś wyczuwa się tak zimny jak żaba. Ciepłota

jego może spaść nawet do 30° C., utrzymuje się bez żadnych zabiegów zwykle około 32 do 34° C., a po zastosowaniu różnych sposobów ogrzewania może się podnieść do 35 i 36°, a w najlepszym razie do 37° C. i stale utrzymywać się na tym poziomie, o ile zabiegi około wcześniaka będą staranne i trwać bez przerwy.

Przyczyną niemożności utrzymania ciepłoty na odpowiednim poziomie jest z jednej strony skóra. Jej powierzchnia bowiem, w stosunku do ciężaru ciała, jest u wcześniaka jeszcze większa, niż u noworodka donoszonego, tak iż traci on więcej ciepła. Następnie skóra wcześniaka nie posiada wcale tkanki tłuszczowej podskórnej, która u niemowlęcia chroni ciało w dużym stopniu od utraty ciepła. Z drugiej strony zaś niedostateczny rozwój mózgu, a tem samem i ośrodka w nim, który reguluje ciepłotę ciała, jest przyczyną niemożności utrzymania ciepłoty na odpowiednim poziomie.

O s ł a b i e n i e c z y n n o ś c i s y s t e m u n e r w o w e g o wcześniaka widoczne jest z uderzającego jego spokoju psychicznego, gdyż wcześniak poczęści leży nieruchomo, prawie stale śpi i bardzo rzadko płacze. Na podrażnienie skóry reaguje coprawda, lecz słabo, piskiem, podobnym do ptasiego, i bardzo leniwemi ruchami, poczem znowu zapada w stan senny.

O ś r o d e k o d d y c h a n i a również jest u wcześniaka w swej czynności osłabiony i to bardzo silnie. Oddech jego jest bowiem bardzo powierzchowny i nieregularny. Wskutek tego wcześniaki wykazują tak często mniejszą lub większą niedodmę płucną. Bardzo często również występuje sinica, przyczem oddech staje się coraz powierzchowniejszy, aż w końcu zupełnie ustaje. Śmierć wcześniaka następuje przeważnie tak spokojnie, że trudno ją zauważyć.

Wskutek napadów sinicy i bezdechu, które są złym znakiem i dowodzą osłabienia czynności wszystkich narządów, wcześniaki stają się zawsze bardzo podatne na wszystkie choroby, które imają się ich też o wiele częściej, niż noworodka donoszonego. Wszelkie zarazki bowiem na źle odżywianych tkankach znajdują tem podatniejsze łożysko i mnożą się o wiele szybciej. Zapalenie płuc jest też jedną z najczęstszych przyczyn śmierci wcześniaka. W drugim rzędzie wchodzą w grę zaburzenia przewodu pokarmowego, które u wcześniaka są bardzo częste z powodu trudności w jego odżywianiu.

b) Słabość wrodzona.

Nazwa ta dotyczy wszystkich noworodków, które napewno są donoszone, a jednak ważą za mało, gdyż czasem 2000 do 2500 g. Noworodki te są więc bardzo drobne, przytem zawsze blade, mają ciało wiotkie, nie mogą przeważnie same ssać i piją źle z butelki. Takie słabe noworodki są, podobnie jak wcześniaki, bardzo podatne na wszelkie choroby i wymagają bardzo starannej opieki. Mimoto przeważnie umierają one w pierwszych dniach życia.

Słabość wrodzona jest zawsze rozwinięta już w łonie matki. Dlatego nie można jej stwierdzać w przypadkach, w których osłabienie noworodka jest następstwem ciężkich chorób, jak posocznica, krwawiączka, tężec i t. p. Dopiero po wykluczeniu wszelkich chorób, jak również i wcześniactwa, można ustalić to rozpoznanie. Dawniej bowiem rozpoznanie to było bardzo częste, kiedy noworodek w rzeczywistości miał kiłę wrodzoną lub posocznicę, na którą tylko nie reagował gorączką. Również krwawienie do mózgu wskutek uszkodzenia porodowego bywało często rozpoznawane jako słabość wrodzona.

Przyczyną słabości wrodzonej są przeważnie choroby matki, a zwłaszcza zapalenie nerek, gruźlica, kiła czyli syfilis, alkoholizm i wszelkie zatrucia, które też, jak wyżej mówiliśmy, mogą spowodować przedwczesny poród. Do przyczyn, wywołujących słabość wrodzoną, należy również obciążenie nerwowe rodziców.

Dzieci rodziców nerwowych mogą zaraz po urodzeniu pozornie wyglądać normalnie i nie wykazywać żadnych zewnętrznych znamion zwyrodnienia. Po kilku dniach jednak zauważyć można u nich w czasie snu łatwe wystraszanie się, krzyczenie po nocach bez powodu i t. p. Często u tych noworodków występuje nagła śmierć po lekkiem zaburzeniu żołądkowem lub po drgawkach, które u normalnego noworodka przeszłyby bez śladu.

Inne noworodki ze słabością wrodzoną wykazują niedostateczny przyrost na wadze lub zupełny brak przyrostu, mimo dostatecznej ilości podawanego pokarmu. W przypadkach tych nie można więc przyczyny nierozwijania się dziecka szukać w złym pokarmie matki, lecz w dziecku samem. Noworodki ze słabością wrodzoną wykazują bardzo często śluzowe stolce bez żadnego wyraźnego powodu.

Słabość wrodzoną stwierdzamy więc tylko u noworodków donoszonych, które na zwyczajne, normalne czyli fizjologiczne bodzce odpowiadają chorobą lub niczem nieuzasadnioną śmiercią. Ten wrodzony stan osłabionych czynności wszystkich narządów całego ciała może w niektórych przypadkach z czasem minąć. W przeważającej części tych przypadków jednak czynność wszystkich narządów jest tak osłabiona, że noworodek poczęści jest niezdolny do życia.

c) Pielęgnowanie tych stanów.

Pielęgnowanie wcześniaków i noworodków ze słabością wrodzoną ma głównie na celu zapobieganie chorobom, które imają się ich bardzo łatwo. Polega ono głównie na tem, aby dopomóc im utrzymywać ciepłotę ciała na odpowiednim poziomie, pobudzać ich oddech, aby go sobie rozwijały i dobrze utleniały swoją krew, a pośrednio wszystkie tkanki. Dlatego należy noworodki te zewnętrznymi sposobami ogrzewać, jak również odpowiednio je odżywiać, aby uniknęły tak dla nich niebezpiecznych zaburzeń w odżywianiu.

Ogrzewanie wcześniaka wzgl. noworodka słabego powinno rozpocząć się natychmiast po urodzeniu. Nagle ochłodzenie bowiem, przy przejściu z dostatecznie ogrzanej macicy do chłodniejszego zawsze powietrza, jest jedną z głównych przyczyn ich śmierci. Należy więc w każdym wypadku, gdy noworodek jest mały, natychmiast przewiązać pępowinę, dziecko włożyć zaraz do ciepłej kąpieli o 38° a nawet 40° C., i owinąć je w ciepłe, jałowe pieluchy, a potem dopiero zabrać się do zaopatrzenia matki, jeżeli niema dwóch osób, któreby mogły obie czynności wykonać równocześnie.

Z tych powodów nie wolno noworodka niedonoszonego lub słabego pod żadnym pozorem, a więc również nie do chrztu, wynosić na zimne powietrze, aż póki nie osięgnie wagi, odpowiadającej noworodkowi dobrze rozwiniętemu. W pokoju zaś strzec go należy przed ochłodzeniem przez lepsze ogrzewanie pokoju.

Jeżeli wcześniak jest bardzo mały, trzeba go owijać w watę, obkładać butelkami z ciepłą wodą, kłaść na gumowym woreczku z ciepłą wodą, lub trzymać go w cieplarce, przytem zawsze pamiętać należy, żeby noworodka niedonoszonego lub

słabego nie przegrzać, co dla niego jest również bardzo szkodliwe.

Odżywianie wcześniaków, jak również noworodków słabych, jest bardzo trudne, ponieważ nie umieją one ssać, znoszą tylko pokarm kobiecy i nie mogą go pomieścić w większej ilości odrazu w żołądku, z powodu małej jego pojemności. Trzeba więc zawsze użyć bardzo wielkich starań, aby dziecko takie otrzymało dostateczną ilość pożywienia, którą potrzebuje do ogrzania swego ciała, utrzymania czynności swych narządów na odpowiednim poziomie i większego rozrostu. Z drugiej strony nie można mu wlewać za wielkich ilości pokarmu, aby nie wywołać przekarmienia i zaburzeń w przewodzie pokarmowym.

Jeżeli wcześniak jest tak mały, że nie umie ani ssać ani łykać, konieczność zmusza nas do odżywiania go przez sondę. Zakłada się wtedy 30 do 40 cm. długą rurkę gumowę, jak cewnik do spuszczania moczu u matki, przez nos lub usta noworodka do przełyku i żołądka i wlewa odpowiednią ilość pokarmu. Jeżeli dziecko miałoby zrzucać wszystek wlany mu pokarm, co zdarza się przy podawaniu małych ilości bardzo rzadko, wówczas trzeba wlać przepisaną ilość pokarmu za pomocą gruszki lawatywowej do odbytnicy.

Naogół udaje się wlewać dostateczną ilość pożywienia do ust za pomocą łyżeczki, która dla wygody może być po bokach spłaszczona. Później dziecko może dostawać pokarm z butelki za pomocą smoczka. Dążyć jednak należy zawsze do tego, aby dziecko samo ssało pierś.

Duże trudności istnieją zwykle w zdobywaniu pokarmu, gdyż matka poczęści nie ma go z początku w dostatecznej ilości, z powodu przedwczesnego porodu lub choroby, ten poród wywołującej. Brak bodźca zaś w postaci ssania dziecka jest powodem gorszego wydzielania się pokarmu. Trudność tę można usunąć przez przystawianie do piersi matki dobrze ssącego niemowlęcia, które naturalnie musi być zdrowe. Przeważnie zaś trzeba wyszukać mamkę, której dziecko stara się już o to, aby pokarm jej nie przestał się wydzielać.

Ilości pokarmu, jakie powinny otrzymywać wcześniaki i noworodki słabe, wzrastają w miarę, jak powiększa się pojemność ich żołądka. Wynoszą one przeciętnie na dobę:

| dla now. z wagą poniżej 1500 g, | a dla now. z wagą 1500 do 2000 g. |
|---|---|
| 1-go dnia 60 g. | 90 g. |
| 2-go „ 126 „ | 190 „ |
| 3-go 136 „ | 230 „ |
| 4-go „ 160 „ | 290 „ |
| 5-go „ 165 „ | 310 „ |
| 6-go „ 180 „ | 320 „ |
| 7-go „ 185 „ | 325 „ |
| 8-go „ 215 „ | 330 „ |
| 9-go „ 235 „ | 340 „ |
| 10-go „ 250 „ | 345 „ |

Później ilości te wzrastają powoli aż do przepisanych dla noworodków donoszonych. Najłatwiej jest określić ilość pokarmu, potrzebną na dobę, biorac $^1/_5$ wagi ciała dziecka. Tak np. wcześniak, ważący 2000 g., powinien otrzymac 400 g. pokarmu na dobę.

Dawki pokarmu zależą od tego, ile mały żołądek wcześniaka naraz go pomieści. Często trzeba zaczynać od 5-ciu g. na dawkę i karmić co pól, a nawet co ćwierć godziny. Powoli należy dawki powiększać od 10-ciu do 35-ciu g. i nigdy nie przekraczac dawek od 40-ty do 50-ciu g. Wtedy wypada jedno karmienie co 2 godziny. Przerwę 6-cio godzinną w nocy należy bezwzględnie zachowywać przy stosowaniu wszelkich dawek.

———o———

*Z Państwowej Szkoły Położnych w Krakowie.*
*Dr. STANISŁAW NOWAK.*

# Przetaczanie krwi.

Aparat krwiotwórczy kobiety, szczególnie rodzącej i dłuższy czas po porodzie nastawiony jest w znacznym stopniu na wzmożoną czynność odnawiania krwi, gdyż jak wiadomo przy zupełnie prawidłowym porodzie traci kobieta około 200 ccm krwi, który to ubytek znosi bez najmniejszych zaburzeń. Ponieważ dorosła kobieta posiada około 5 litrów krwi w swym organiźmie, więc utrata nawet 1 litra nie będzie ze względu na łatwość odnawiania krwi wpływać ujemnie na jej ogólny dobry stan zdrowia. Jeżeli jednak ta utrata będzie bardzo znaczną, (gdyż wynosić może nawet połowę jej ogólnej ilości krwi) wtedy pomoc natychmiastowa jest konieczną, gdyż grozi

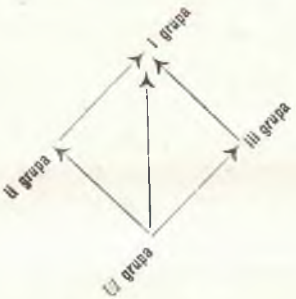
położnicy śmierć, z powodu ostrej niedokrwistości, t. j. nagłego ubytku nadmiernej ilości krwi. Granica życia lub śmierci jest w tych wypadkach u różnych ludzi rozmaita, toteż nie należy do takiej utraty krwi dopuścić, lecz jak najwcześniej myśleć o ratunku. Ta znaczna utrata krwi jest w położnictwie zdarzeniem bardzo częstem (choćby wspomnieć częściowe przyrośnięcie łożyska, pęknięcia szyjki, niedowład mięśnia macicznego) stąd też dla wczesnego niesienia pomocy skrwawionym ważnem jest ogólne zaznajomienie się ze sposobami wyrównywania ubytku krwi. Ubytek ten ma dla życia położnicy bardzo duże znaczenie, gdyż znaczne ilościowo zmniejszenie słupa krwi w aparacie krwionośnym sprowadza mechaniczne zaburzenia w pracy serca, a niedożywienie serca oraz ważnych dla życia ośrodków nerwowych powoduje wybitne zmiany w ustroju, prowadzące do śmierci.

Ze sposobów wyrównywania ubytku krwi omówimy w krótkości przetaczanie krwi t. zw. transfuzję. Inne sposoby zaczynając od najprostszych, a mianowicie: podawania wielkiej ilości napojów, wlewania wody przez lewatywę, zastrzyknięcie podskórne roztworu fizjologicznego soli kuchennej, wlewania jej dożylne sposobem kropelkowym, dążą do jak najszybszego zwiększenia ilości płynu w aparacie krwionośnym. Krew pozostała w organizmie zostaje przy tych metodach silnie rozcieńczona, nie jest zatem pełnowartościową, gdyż we wprowadzonej ilości płynu brak normalnych składników krwi, jak ciałka czerwone, białe i t. d. Transfuzja krwi przewyższa wyżej wspomniane metody, gdyż przy jej użyciu wprowadzamy do aparatu krwionośnego skrwawionego osobnika, krew z osobnika zdrowego, pełnowartościową, mogącą swą funkcję natychmiast spełniać.

Tu zaznaczyć należy, że nie każdy człowiek może skrwawionej osobie udzielić swej krwi. I tak nawet największy przyjaciel, czy krewny użyczając swej krwi może swej drogiej osobie raczej zaszkodzić a nie pomóc, naodwrót wróg dając swą krew może ocalić życie skrwawionej osobie. Polega to na tem, że u ludzi istnieją 4 różne grupy krwi i tylko w pewnych kombinacjach mogą one bez szkody dla fizjologicznej funkcji krwi być ze sobą zmieszane. Jeżeli np. skrwawiona położnica posiada 4-tą grupę, można jej przetoczyć krew tylko od takiego dawcy (zdrowy człowiek, dający swą krew), który też 4-tą grupę krwi posiada. Ani krew 1-szej, ani 2-giej, ani 3-ciej

grupy nie pomoże skrwawionej, ba nawet zaszkodzi, gdyż w razie przetoczenia którejkolwiek z nich nastąpi przy zetknięciu się ze sobą obcych sobie krwinek ich rozpłynięcie, pokurczenie lub zlepienie, co tylko na szkodę skrwawionej wyjdzie. Poniżej zamieszczany schemat objaśnia jaką krew można ze sobą mieszać, a mianowicie:

O ile osoba otrzymująca krew posiada 1-szą grupę można jej przetoczyć krew każdej grupy, t. j. każdą. O ile posiada grupę 2-gą przyjmuje i korzysta tylko z grupy 2-giej i 4-tej, o ile posiada 3-cią przyjmuje krew tylko grupy 3-ciej i 4-tej, wreszcie o ile posiada grupę 4-tą przyjmuje krew tylko 4-tej grupy jak to wyżej na przykładzie zaznaczono.




Musimy zatem przed dokonaniem przetoczenia krwi zbadać, jaką grupę krwi posiada tak osoba skrwawiona, jak też osoba, która ma dać krew. Do tego celu służy fabrycznie wykonany preparat t. zw. hemotest, przy pomocy którego z największą łatwością i dokładnością oznaczyć możemy do jakiej grupy krwi należą tak dawca, jak i odbiorca, żeby w myśl wyżej wymienionego schematu dobrać odpowiednie grupy krwi. Zaznaczyć tu trzeba, że w większych miastach, gdzie są szpitale lub kliniki znajduje się prawie na każdym oddziele stała lista dawców, zgłaszających się dobrowolnie i gotowych w każdej chwili do dania swej krwi za wynagrodzeniem, osobie potrzebującej tego zabiegu. Dawcy ci są co pewien czas dokładnie badani co do stanu ich zdrowia, specjalnie w kierunku kiły i gruźlicy, jak też mają oznaczoną swą grupę krwi. Grupa krwi u danego człowieka jest stałą i nigdy się nie zmienia. Tak się przedstawia sprawa dawców w większych miastach. Ponieważ jednak transfuzja krwi nie przedstawia specjalnie dużych trudności technicznych spodziewać się należy, że w krótkim czasie będzie ona w praktyce prowincjonalnej

lekarza szeroko stosowaną. Należałoby zatem rozpowszechnić jak najwięcej badanie grupy krwi u ogółu ludności, by można było zawsze w razie potrzeby znaleść na miejscu dawcę znającego swą grupę krwi.

Strona techniczna transfuzji przedstawia się przy użyciu dzisiejszych przyrządów dość prosto. Używa się mianowicie aparatu w formie strzykawki 50 ccm, posiadającej 3 wyloty. Wyloty te mają spełnić następujące zadanie: jeden z nich służy do pobrania krwi z żyły dawcy do strzykawki, drugim wylotem wprowadzamy przez wtłoczenie krew (pobraną do strzykawki) wprost do żyły osoby skrwawionej. Trzeci wylot służy do przestrzykiwania tak samej strzykawki jak i rurek założonych do żył preparatem chemicznym (cytrynian sodu), który zapobiega krzepnięciu krwi. Największa bowiem trudność przetaczania krwi polega na uchronieniu się przed skrzepnięciem krwi, gdyż jak wiadomo krew wylana z ustroju bardzo szybko krzepnie. Zwykle przetaczamy około 500 ccm krwi, co dla skrwawionej jest ratunkiem życia, a u dawcy najczęściej, poza bardzo lekkiem osłabieniem żadnych dolegliwości nie powoduje.

Jak z powyższego wynika transfuzja krwi nie jest ani kosztownym ani zbyt trudnym zabiegiem, a statystyki klinik i szpitali wykazują bardzo wielką ilość ludzi skrwawionych uratowanych od śmierci i po pewnym czasie zupełnie ozdrowionych, gdyż transfuzja krwi działa silnie pobudzająco na aparat krwiotwórczy skrwawionych osób, tak że niedokrwistość po pewnym czasie zupełnie znika. Na końcu zaznaczyć należy, że tak przyrządy, jak pole operacji, ręce operującego muszą być w odpowiedni sposób odkażone, gdyż transfuzja, jako zabieg wykonywany w naczyniach krwionośnych, a więc bezpośrednio we krwi wymaga bardzo ścisłej aseptyki.

—o—

**W Polsce na 31.927.773 mieszkańców na obszarze 288.400 km² znajduje się około 9.554 położnych, a z nich zorganizowanych w 3-ch związkach (Kraków, Warszawa, Poznań) jest zaledwie 2.030.**

# SEMINARJUM POŁOŻNICZE.

*Przypadek VII.*

Wieloródka, 2 poprzednie porody odbyła siłami natury (miednica prawidłowa). Bóle porodowe od 24 godzin, pęcherz pękł przed 12 godzinami, ciepłota (pod pachą) 38° C. Przy badaniu zewnętrznem stwierdza się stały stan napięcia macicy, który utrudnia wybadanie części płodu. Przez macicę przebiega bruzda na wysokości trzy palce poniżej pępka. Tonów dziecka nie słychać. Przy ujściu wewnętrznem stwierdza się zupełne jego rozwarcie i wklinowanie barku do miednicy.

Jak położna powinna postąpić?

*Przypadek VIII.*

Wieloródka z normalną miednicą. Stwierdzamy: nadmierną ilość wód płodowych, położenie podłużne, główkowe, ujście zewnętrzne rozwarte na małą dłoń. Główka nad wchodem, pęcherz utrzymany, w czasie badania wyczuwamy przed główką część drobną i tętnienie. Tony płodu dobre, bóle częste.

Jak prowadzić poród dalej?

*Przykład IX.*

Wieloródka lat 25 (poród drugi), pierwszy skończył się urodzeniem dziecka nieżywego z powodu wypadnięcia pępowiny. Rodzi na czasie. Bóle zaczęły się przed 10 godzinami, a przed 8 godzinami odeszły wody (czyste). Macica sięga na trzy palce do wyrostka mieczykowatego, brzuch wyraźnie obwisły. Położenie podłużne, główkowe, postawa pierwsza. Główka przyparta do miednicy, wystaje nieco nad spojenie łonowe. Tony płodu dobre, bóle silne co 7 minut. Ujście rozwarte na trzy palce, główka przyparta do miednicy, szew strzałkowy poprzecznie, bliżej wzgórka kości krzyżowej, kości ciemieniowe pozachodzone, przedgłowie.

Z jaką nieprawidłowością mamy do czynienia i jak położna ma dalej postępować?

# Z PRAKTYKI.

*WACŁAWA RYZENKO* — Luzina.

## Kolumna Nr. 2.

*Stosownie do umowy służbowej, angażuję panią na przeciąg czasu od dnia 1 III do 1 V br. na stanowisko higjenistki kolumny epidemicznej Nr 2, do rozporządzenia kierownika tejże kolumny.*

*za Wojewodę . . . . . . . .*

Po otrzymaniu przez „bezrobotną" akuszerkę z województwa, o tem miłem brzmieniu „papieruszka", nie pozostawało

nic innego, jak udać się do starostwa, by zasięgnąć bliższych informacyj.

Sympatyczny sekretarz lekarza powiatowego wykrzyknął ze zdziwieniem:

— Jeszcze pani nie zna doktora K.? naprawdę dziwne! Przecie od kilku dni „robi ruch“ w okolicach naszego sławetnego grodu.

— Tak? niech mi więc pan powie, na czem właściwie polega robienie tego „ruchu“?

— I tego pani nie wie? — Zgroza! — Otóż na wykurzaniu wszelkiego rodzaju insektów u naszych poczciwych kmiotków, w najrozmaitszy sposób.

— To znaczy?....

— To znaczy zapomocą: dezynfekcji, dezynsekcji, odkażania, mycia, szorowania, pogadanek, odczytów z przeźroczami, rozdawania bezpłatnie leków najbiedniejszej ludności i najgłówniejsze: wyławianie zakaźnych chorób i odsyłanie ich bez pardonu do najbliższego szpitala — rozumie pani?

— Rozumię! Lecz moja w tem rola?

— Tak, jak zwykle wasza pań pomocnic lekarzy, być prawą ręką doktora K., swego kierownika.

Już przy drzwiach ostatnie pytanie:

— A czy ten mój kierownik bardzo straszny?

— Kto? ja? nie sądzę!....

„Wpadłam“, bo mój kierownik stał za mną i słyszał koniec rozmowy; nadrabiam miną i po dopełnieniu prezentacji zaczyna się wtajemniczanie w zawiłe arkana obowiązków higjenistki, w lotnej epidemicznej kolumnie, przeznaczonej do walki z tyfusem.

— Pani, jako zastępczyni, nie zazna uroku takiej pracy latem, ale zimą nie jest tak źle, jak się narazie wydaje. Proszę być przygotowaną, bo za dwie godziny ruszamy do Janowa.

— A kiedy będziemy w domu?

— To będzie zależało, co znajdziemy w Janowie, może dziś, może za tydzień, może za dwa miesiące! Uprzedzam, że lustra ściennego, serwisu do kawy, kompletu niklowych rondli, balowych sukien, oraz ulubieńców pieska i kotka zabierać ze sobą stanowczo zabraniam.

— Panie doktorze! a resztę?

— Z wyjątkiem żyjących jeszcze członków rodziny — wszystko.

— Rozkaz!

— Ale przedtem musi pani pójść ze mną poznajomić się z naszym obozem i dezynfektorem kolumny.

— Co to za istota?

---

**Nadsyłajcie prace z praktyki i zapytania oraz wypracowania przykładów z seminarjum położniczego.**

— On podlega rozkazom pani.
— Ja, nad-ja, i pod-ja?
— Słusznie! — musi więc pani obejrzeć i w miarę możności dopełnić z nim nasze zapasy żywności i inwentarza kuchennego, gdyż uprzedzam, że stołujemy się sami, chyba może pani nie zechce?
— Nie chciałabym w niczem zmienić trybu życia kolumny ustanowionego przez moją poprzedniczkę!
— Doskonale! czuję, że będziemy żyli w zgodzie.
Spis rzeczy był krótki, 2 zmiany bielizny, 1 sukienka do prania, 2 fartuchy pielęgniarskie, 6 ręczników, 2 prześcieradła, 5 szczotek, grzebień, maszynka spirytusowa, 2 pary sztućców, ulubiona filiżanka, worek do robótek i na dole kosza przemycona „na wszelki wypadek" wieczorowa sukienka. Rozmiar kosza został przez kierownika zaakceptowany, paka z prowizją dopełniona — byliśmy gotowi.
Odległość 25 km zmusiła nas do wyruszenia w nocy. Kolumna w pochodzie bardzo mało różniła się od taboru cyganów: w pierwszych saniach torował nam drogę pan Michał, dezynfektor ze skrzynką cjanku, sodu i siarką, drugą furmanką z gruchaniem niegołębiem puste beczki dezynfekcyjne, trzecią nasze rzeczy, czwartą apteka, piątą zaś kierownik kolumny z higjenistką i kwasem solnym.
Droga jeziorami choć gładka, lecz zasypana świeżym śniegiem, niebyła łatwą do przebycia dla jednokonnych, a obładowanych furmanek. Dniało już, gdyśmy zbliżali się do Janowa.
Wieśniacy, śpieszący na targ, stawali na drodze zdumieni:
— Żydy nie żydy, — cygany nie cygany. — Niechrysty niejakije! — było ostatnią konkluzją, podkreśloną wzruszaniem ramion i zamaszystem splunięciem, a ja przyznać się muszę, że nie tyle z zimna chowałam nos w nadstawiony kołnierz, ile ze wstydu, że się znajduję w tak malowniczym orszaku. Ze strachem myślałam o końcu podróży i początkach pracy i modliłam się w duchu, by podróż ta trwała wiecznie, a do wieczora najkrócej!
Słońce jednak było nieubłagane i z pierwszym błyskiem jego promieni sanie nasze stanęły przed domem sołtysa w Janowie. Wyszedł siwy wieśniak w nowym kożuchu i gdy na zapytanie lekarza, czy znajdzie się u niego kąt dla nas wszystkich, odpowiedział twierdząco. Wygramoliliśmy się z kożuchów i der i podążyliśmy za naszym przewodnikiem. Mnie do rozporządzenia dano alkierz starszej córki, panom „świetlicę". Zaraz też pod komendą pana Michała zniesiono nasze manatki. Przygotowałam kwity dla woźniców, kierownik ich opłacił i pozostaliśmy na łasce Janowa. Zaraz też ruszyliśmy do pracy.
Wyglądaliśmy naprawdę imponująco: lekarz ze słuchawką, ja uzbrojona w papier i ołówek, pan Michał ubrany w niebieski płaszcz, z którego kieszeni wyglądały olbrzymie nożyce; z maszynką do strzyżenia w ręku budził przestrach dzieciarni, ob-

siadającej za przykładem wróbli wszystkie płoty przy naszej drodze.

Zaczęliśmy od pierwszej chaty, sąsiadującej z domostwem sołtysa. Wejście nasze zaanonsował ten ostatni jednym wyrazem, wypowiedzianym urzędowym tonem.

— Kamisja!...

Po odnotowaniu przezemnie nazwiska głowy domu, ilości członków rodziny, ilości dzieci, w wieku szkolnym, przedszkolnym, stanu zdrowia rodziny, padało nagle pytanie:

— A wszy są?

Z początku przestrach, zdumienie, potem uśmiechy i trącanie się łokciem, wkońcu głośny śmiech....

— To rzecz bab! — ot i na was przyjechali!... za każdą wesz podatek! — Komisja od wszów!

Te i tym podobne dowcipy zaczęły krążyć wśród zebranych wieśniaków i tu nastąpił punkt kulminacyjny, bo ni mniej ni więcej tylko kierownik kazał mi obejrzeć dokładnie włosy i kołnierz koszuli, każdego obecnego tutaj, wolnego obywatela Najjaśniejszej Rzeczypospolitej.

Struchlałam!... I tylko Bóg wie, co czułam, gdy z przyjemną miną, dla nieobecnego niestety fotografa, przegarniałam palcami włosy i odwracałam kołnierze, a na dowód, że ja mam rację, nie oni, wybierałam powolnie żyjątka, rozmaitego kalibru — od malutkiej szarej, do dużej białej z czarną lub czerwoną pręgą na grzbiecie, kładąc je na dłoni winowajcy.

Tego już w obroty brał dezynfektor, delikwent siadał na stołku, postawionym na ogromnym arkuszu pakowego papieru. Nie pomagało tu nic! ani zaklęcia, ani błagania, ani łzy, ani zgrzytanie zębami. Ciemne pukle mięszały się z jasnemi, siwe z rudemi — przeznaczone na całopalenie, nie było laski, ani zmiłowania, gdy ruszyły nożyce i maszynka w rękach pana Michała.

Następnie przejrzałam zapas czystej bielizny, przeważnie smutne to były oględziny i gdy nie wystarczało do zmiany dopełnialiśmy „kolumnową". Wszystkie ubrania lekarz kazał wiązać w toboły i składać w sieni, zostawiając w izbie tylko najniezbędniejsze do przenocowania. Po skończonej operacji ruszyliśmy dalej i dalej powtarzała się ta sama historja, z małemi zmianami, gdy chaty znajdowaliśmy wybitnie czyste: tam delikatnie „pani higjenistka" zmywała włosy sabadylowym octem i do dezynfekcji przeznaczało się ubranie tylko codzienne, względnie podejrzane.

Powróciliśmy z tej defilady przed zachodem słońca, zmęczeni i nawet głodni, szczęściem gospodyni przewidziała to,

---

i mniej więcej naszykowała do obiadu, naprędce więc go uzupełniłam, lecz gdy przyszłam do stołu — — — niestety mogłam tylko podziwiać z głębi serca dobre apetyty „męskiej" części kolumny, sama nie mogłam przełknąć ani kęsa, gdyż na wspomnienie całodziennej pracy, gotowa byłam bez przepustki zwiedzić stolicę Łotwy.

Doktor pocieszał mnie, że to pierwsze dnie, a później się przyzwyczaję, ja jednak z rozpaczą odtrącałam wszelką nadzieję, przygotowując się do niechybnej śmierci z głodu. Stała jednak ona jeszcze za górami, bo przeczuwała widocznie, że mam bardzo dużo do roboty. Jakoż musiałam zaznajomić się bliżej ze skrzynią apteczną i gdy lekarz wieczorem zaczął przyjmować zgłaszających się pacjentów, już wydawałam leki natychmiast je księgując.

Pan Michał zaś przygotowywał materjał do uszczelnienia jutrzejszej kamery dezynfekcyjnej. Koguty już śpiewały, gdy leżąc w łóżku zdmuchnęłam świecę.

Nazajutrz spałam jeszcze w najlepsze, gdy usłyszałam głos sołtysowej: ...Żal budzić, panie doktor, tak ładnie śpi... — zerwałam się więc i spojrzałam na zegarek, dochodziła 7-ma, ale gdy ubrana wyszłam do izby, zajmowanej przez panów, ze wstydem dowiedziałam się, że lekarz z dezynfektorem już od 5-tej pracują: wymierzyli i uszczelnili izbę, przeznaczoną wczoraj na kamerę dezynfekcyjną, a dwóch mężczyzn, przeznaczonych przez sołtysa nam do pomocy, więc wystrojonych w kamasze (kolumnowe) niebieskie płaszcze, znoszą już przygotowane wczoraj do dezynfekcji powiązane w toboły ubrania, rozwieszając je na przygotowanych w tym celu w kamerze sznurach.

Napalone w przeciwległych końcach wsi łaźnie czekały tylko na hasło do ogólnej kąpieli. Do mojej schodziły się niewiasty, każda niosła czystą suknię i bieliznę, brudną zaś po jej zrzuceniu, ja zabierałam do kosza od słomy. Gdy już wszystkie oddały, zanieśliśmy to do kamery, tam już zastaliśmy doktora i drugiego pomocnika z koszem bielizny męskiej, pan sołtys nas opuścił, gdyż dla przykładu poszedł jeden z pierwszych do „bajni".

Pośrodku kamery stała duża beczka, do której dezynfektor nalał według wskazówek lekarza 12 litrów wody, następnie 6 litrów kwasu, potem pan kierownik z należytym szacunkiem otworzył skrzynkę z cjankiem, z której ja wybrałam 18 białych tabletek na przygotowany do ich opakowania rozłożony papier. Pan Michał już w masce zapakował ją elegancko, niczem bombonierkę, pozostawiając długi sznurek, myśmy też włożyli maski i opuścili izbę, wówczas dezynfektor opuścił na sznurku paczkę do roztworu w beczce i wybiegł, zaraz też uszczelniliśmy drzwi i usunęliśmy się wszyscy na taką odległość, byśmy mogli obserwować działanie przez okno. — Z beczki zaczął się wydobywać zdawałoby się obłok pary, napełniając sobą powoli całą

izbę — (reakcja!). Pozostawiając dezynfektora na straży kamery, przed niepowołanymi ciekawskimi, lekarz poszedł na kwaterę, jak zaś powtórzyłam wczorajszą wędrówkę, uzbrojona już tylko w sabadyllę. Musiałam zajrzeć do wszystkich, by złagodzić wrażenie wczorajszego najazdu, bo „panienka“ prędzej zrozumie i poradzi na wszystkie kłopoty. Słuchałam więc wszystkich skarg, gdzie trzeba — pocieszyłam, chorych skierowałam do lekarza, dodałam otuchy, gdzie trzeba było zawstydziłam, w głębokich kieszeniach fartucha znalazło się kilka cukierków na otarcie łez wylanych nad przymusowem myciem buzi, kobiety dostały gęste grzebienie, biedniejsze darmo, bogatsze za opłatą, najbiedniejsze rodziny po kawałku mydła, — i nie widziałam, gdzie mi się podziały trzy godziny.

Powróciłam więc do kamery. Pan doktór też już opuścił swoich pacjentów i był na miejscu, czekano tylko na mnie z otworzeniem kamery, włożyliśmy maski, dezynfektor wyjął okno i odskoczył czemprędzej, w powietrzu bowiem rozszedł się natychmiast mdły — słodko-kwaśny zapach, a tak duszący, że najlżejsza odrobina wciągnięta nosem wywoływała kaszel aż do wymiotów. Pomyślałam wówczas, jak ogromne znaczenie mają tak polecane przez państwo kursa przeciwgazowe i jak bardzo małe wzbudzają zainteresowanie wśród ludności, i jaką ogromną odpowiedzialność bierze na siebie społeczeństwo — odkładając „na jutro“ tak ważne wyszkolenie: — przyszłą swoją broń.

Szczęściem lekki wiatr rozproszył zaraz duszące obłoki i po godzinie mogliśmy przystąpić do otworzenia drzwi i innych okien, przeciąg prędko rozpędził resztki gazu, a ponieważ reakcja była już bardzo słaba, dezynfektor z pomocnikiem wynieśli beczkę i zawartość jej wylali do przygotowanego zawczasu dołu, głębokości jednego metra,, zakopując go natychmiast. Następnie zaczęło się wynoszenie na dwór i rozwieszanie na sznurach, płotach i drzewach przydrożnych całej, zawartej w kamerze garderoby. Po trzech godzinach pozwoliliśmy zabierać, pilnując, by każda rzecz była jak najdokładniej wytrzepaną. Zajęło to jeszcze dwie godziny. Zmierzch zastał nas na dworze, i gdy już cała wieś, wytrącona tego dnia przez nas ze zwykłego trybu, wracała powoli do dnia powszedniego, wróciliśmy i my do swego locum. Tylko nieszczęśliwy gospodarz kamery, po ulokowaniu rodziny na noc u sąsiadów, palił w piecu przy otwartych oknach, „żeby ten zły duch prędko wyszedł“...

Trzeciego dnia był przegląd dzieci w szkole, a wieczorem w lokalu szkolnym miałam pogadankę na temat insektów pod tytułem „Nasi najwięksi wrogowie“, ilustrowaną przeźroczami, wyświetlanemi przez doktora. Pogadanka ściągnęła dużo ludzi, a wiadomość o przeźroczach opróżniła doszczętnie chaty do tego stopnia, że starcy i matki z niemowlętami cisnęli się, by zobaczyć „wielką prawdziwą wesz“.

Na czwarty dzień przypadła niedziela, ja z gospodynią wybrałyśmy się do pobliskiego kościoła. Proboszcz, gdy nas zobaczył kazał mnie ściągnąć do zakrystji, by się poznajomić i zaprosić kolumnę „in corpore“ na obiad, a mimo, że z kierownikiem już kiedyś omówili współpracę, jeszcze uważał za wskazane zapewnić i mnie o swojej gorącej życzliwości dla nas i uznania dla naszej pracy.

Po powrocie do „domu“, zastałam u lekarza kierownika szkoły, który również zapraszał podróżników na „czem chata bogata“ i koniecznie na wieczorek, urządzany w Janowie z racji przypadającej tego dnia konferencji nauczycielskiej.

Naturalnie skorzystaliśmy z wielką skwapliwością z obu zaprosin, obiad na plebanji wystarczyłby dla kolumny na cały tydzień, a wieczorem, gdy kierownik zobaczył mnie w wieczorowej sukience, wzruszył tylko ramionami, mówiąc, że intuicja kobieca jest nie przenikniona.

Panią kierownikową zdziwił trochę demokratyzm naszej kolumny, lecz gdy dowiedziała się, że nożyce dezynfektora dzierży były oficer wojsk rosyjskich, już inaczej patrzyła.

Bawiliśmy się świetnie, zebrane nauczycielstwo bardzo chętnie zapewniło nam swoją pomoc i poparcie w Janowskiej gminie, ale gdy o świcie pan doktór dał hasło odwrotu, przed domem już czekały zaprzężone sanie, 5 furmanek, przypominając, żeśmy tylko przelotne ptaki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

# RZECZY PRAKTYCZNE i CIEKAWE.

## Ratowanie omdlałych.

W razie omdlenia lub wielkiego osłabienia należy stosować energiczne środki podniecające i trzeźwiące. Pryśnięcie zimną wodą w twarz zemdlonego lub na obnażone piersi podsunięcie pod nos buteleczki z amoniakiem lub eterem, wystarczy w większości wypadków, aby zemdlonego ocucić, a bardzo słabego trochę podniecić. Jednocześnie należy takiemu choremu porozpinać ubranie, aby usunąć ucisk szyji, piersi i brzucha, a tem samem ułatwić oddechanie i swobodne krążenie krwi. Z pryskaniem zimną wodą należy jednak być ostrożniejszym, gdyż zbyt obfite stosowanie tego środka może zamoczyć ubranie chorego, następstwem czego może być zaziębienie.

Jeżeli chcemy wywrzeć silniejszy skutek zapomocą amonjaku lub eteru, to zamiast podsuwać buteleczkę pod nos chorego, należy nalać trochę jednego z tych płynów na dłoń lub na chusteczkę i tę posunąć pod nos. Stosując eter, należy pamiętać, że płyn ten bardzo łatwo zapala się, a nawet może spowodować wybuch, należy więc być ostrożnym z zapalaniem świecy lub lampy i odsunąć je uprzednio jak najdalej.

Dobrym też środkiem trzeźwiącym jest rozcieranie twa-

rzy chorego mokrym ręcznikiem, u ludzi zaś wyciągniętych z wody, lub takich, których ciało podczas omdlenia uległo silnemu oziębieniu, należy rozcierać całe ciało suchemi kawałkami flaneli lub płótna. Rozcieranie takie rozgrzewa i pobudza krążenie krwi.

Ludzie osłabieni i zemdleni (po przyjściu do przytomności) skarżą się zwykle na dreszcze i uczucie zimna, należy więc otulić ich starannie kocem bacząc jednak, aby usta i nos nie były zakryte i piersi nie ściśnięte. Natomiast dla lepszego i prędszego rozgrzania należy takich chorych obłożyć butelkami, napełnionemi gorącą wodą. Butelki trzeba jednak starannie korkować, aby gorąca woda nie wylała się i nie poparzyła chorego, należy też butelki owinąć w ręczniki i szmaty, gdyż bezpośrednie dotykanie rozgrzanego szkła do ciała może również wywołać poparzenie.

Jeżeli chory jest przytomny, można podawać mu wewnątrz środki wzmacniające; do takich środków należą: mocna czarna kawa, herbata, kieliczek wina, koniaku, wódki, kilkanaście kropel walerjany lub eteru, podanych w łyżce wody. Nieprzytomnemu choremu nie należy nigdy wlewać nic do ust, gdyż płyn może zamiast do przewodu pokarmowego, dostać się do krtani i udusić chorego. Dla pobudzenia krążenia wykonujemy masaż serca, który polega na rytmicznem uderzaniu dłonią na płask, w okolicy serca (wysokość lewej brodawki piersiowej) 60—70 razy na minutę.

Jeżeli choremu nieprzytomnemu nalano płynu do ust i płyn ten nie został połknięty, należy głowę chorego odwrócić na bok, wtedy płyn z gardła spłynie do ust.

Gdy chory oddycha bardzo nieregularnie, albo gdy nie oddycha wcale, należy wtedy zastosować oddech sztuczny.

Najprostszy i najłatwiejszy sposób stosowania tego oddechu polega na tem, że ratujący kładzie swoją dłoń na górną połowę brzucha i stopniowo uciska brzuch, a następnie szybko rękę podnosi. Przy ucisku górnej połowy brzucha przepona brzuszna zostaje wypchnięta ku górze, objętość klatki piersiowej zmniejsza się, następuje wydech. Gdy ręka zostanie podniesiona, przepona brzuszna obsuwa się ku dołowi, objętość klatki piersiowej powiększa się, płuca rozszerzają się i następuje wdech, t. j. powietrze wchodzi do płuc.

Drugi sposób wywoływania sztucznego oddechu polega na tem, że ratujący klęka nad chorym i rękami uciska boki w okolicy dolnych żeber, w ten sposób otrzymujemy wydech. Gdy ręce podniesiemy i przestaniemy uciskać boki, klatka piersiowa rozszerza się, następuje wdech.

Bardziej męczący dla ratującego, ale zato o wiele skuteczniejszy sposób wywołania sztucznego oddechu jest następujący: chorego kładziemy na wznak, pod ramiona podkładamy mu twardą poduszkę lub zwinięte ubranie, ratujący zaś staje lub przyklęka (stosownie do tego, czy chory leży na

wzniesieniu, czy też na ziemi lub na podłodze), u wezgłowia chorego, bierze w swoje ręce jego łokcie i przyciska je do boków chorego. Następuje wtedy zmniejszenie objętości klatki piersiowej, powietrze wychodzi z płuc, otrzymujemy więc wydech. Następnie ratujący szybko odprowadza łokcie chorego w pozycji poziomej i przybliża je ku głowie chorego, przez taki ruch odciąga się ku górze żebra i mostek, objętość klatki piersiowej powiększa się znacznie — następuje wdech.

Ten sam sposób sztucznego oddechu lepiej jest wykonywać 3 osobom, z których jedna podtrzymuje szczękę lub trzyma język, a pozostałe wykonują ruchy rękami.

Sztuczny oddech należy wykonywać rytmicznie, starając się, aby wdech i wydech następowały po sobie co 3 sekundy (20 oddechów na minutę), przytem ucisk klatki piersiowej (wydech sztuczny) wykonywa się stopniowo, rozszerzenia zaś klatki piersiowej (wdech sztuczny) — szybko. Najlepiej jest, robiąc sztuczny oddech, rachować wolno do trzech, wymawiając wolno: „jeden", „dwa", uciskać klatkę piersiową (wydech) wymawiając „trzy", przestawać uciskać (wdech).

Można też rytmicznie i powoli 15—20 razy na minutę uciskać górną połowę brzucha, albo dolne części żeber z obu stron dłońmi, uciskając zawsze powoli, podnosząc zaś ręce szybciej.

U ludzi wydobytych z zanieczyszczonych dołów i kloak, musimy ściągnąć zanieczyszczone ubranie i przed stosowaniem sztucznego oddychania oczyścić starannie jamę ust i nosa (np. piasek i muł u topielców).

Przy przyciskaniu łuków żebrowych nie wolno używać zbyt wielkiej siły lub gwałtu, gdyż łatwo można omdlałemu połamać żebra i uszkodzić narządy wewnętrzne.

Należy również pamiętać, że u osób nieprzytomnych, w pozycji leżącej, język często zapada tak, że tamuje dostęp powietrza do krtani. W takich razach należy choremu usta otworzyć, koniec języka uchwycić palcami przez chusteczkę lub gałganek (język wyślizguje się łatwo z gołych palców) i wyciągnąć go trochę na zewnątrz.

Zamiast wyciągać język, możemy unieść ku górze dolną szczękę. Robi się to w ten sposób, że rękami chwytami kąty dolnej szczęki i unosimy je ku górze.

Często wystarcza uchwycenie języka i rytmiczne pociąganie nim. Sposób ten może nieraz zastąpić oddech sztuczny i stosuje się szczególniej u dzieci nowonarodzonych.

Trzeba też pamiętać, że jeżeli u nieprzytomnego wystąpią wymioty, to wymiociny mogą dostać się do krtani i zadusić chorego. Aby temu zapobiec, należy głowę wymiotującego przechylić na bok, aby wymiociny mogły łatwo spłynąć z jamy ustnej.

Wydawca: Stow. Położnych Województwa Krakowskiego. Redaktor odpow.: Dr. Adam Papée
Z Drukarni Ludowej w Krakowie pod zarządem Ignacego Winiarskiego.

ROK V. LISTOPAD 1932 Nr. 11

# POŁOŻNA

MIESIĘCZNIK

ORGAN STOW. ZAWODOWEGO POŁOŻNYCH KRAKÓW–LWÓW

Cena pojedynczego numeru **90 groszy**, w przedpłacie kwartalnej **Złotych 2·40**

Redakcja i Admin.: Kraków, ul. Kopernika L. 17, Państwowa Szkoła Położnych. Tel. Redakcji 102-65

Redakcja na Lwów: Lwów, Pijarska L. 4. Telefon Nr. 126.

MIESIĘCZNIK „POŁOŻNA" P. K. O. Nr. 408.706.



# Nadzwyczajne Walne Zebranie.

*Zarząd Zawodowego Stowarzyszenia Położnych w Krakowie (Szkoła Położnych) zawiadamia, że dnia 4 grudnia 1932 roku (niedziela) o godzinie 16 (4 popołudniu) odbędzie się Nadzwyczajne Walne Zebranie z następującym porządkiem dziennym:*

*Omówienie sytuacji gospodarczej Stowarzyszenia.*
*Sprawa pisma.*
*Sprawa ewentualnego przystąpienia Stowarzyszenia do innej większej Organizacji Zawodowej Położnych.*

*Ze względu na ważne sprawy, konieczny jaknajliczniejszy udział członków. — W razie braku kompletu członków przewidzianego statutem, następne Nadzwyczajne Walne Zebranie w tymże dniu (i w tymże lokalu) o godzinie 17 (5 popołudniu), które bez względu na ilość członków będzie prawomocne.*

Prezesowa: (—) *Halamowa.*

Sekretarka. (—) *Ratajowa.*

Kraków, dnia 18 listopada 1932.

*Dr. KONSTANTYNOWICZ ANTONI — Kraków.*

# Porody gorączkowe.

Poród gorączkowy tj. poród, któremu towarzyszy gorączka jest zjawiskiem wcale nie rzadkiem, z którym spotyka się każda położna w swej praktyce. Ze względu na interes matki i dziecka jest rzeczą konieczną dla położnej, dokładne zaznajomienie się z przyczynami, warunkami oraz sposobami powstawania gorączki wśród porodu; by zgodnie z zasadami nauki położnictwa przeprowadzić taki poród.

Za poród gorączkowy przyjmujemy taki poród, któremu towarzyszy gorączka od 38° C wzwyż (mierzona pod pachą), czasem przebiegająca w towarzystwie dreszczy.

Częstość występowania porodów gorączkowych można wyrazić cyfrowo — i wynosi ona przeciętnie 3% (3 porody gorączkowe na 100 porodów bezgorączkowych)[1]).

Co do przyczyn gorączki w czasie porodu to mogą być one różne. Najczęstszą jednak przyczyną jest wśródporodowe zakażenie narządów rodnych. Poza tem wchodzą w grę najrozmaitsze sprawy chorobowe rozgrywające się poza narządami rodnymi — więc choroby zakaźne lub inne choroby umiejscowione przebiegające z gorączką, a które przypadkowo zbiegły się z okresem porodowym, bądź też uległy zaostrzeniu z powodu aktu porodowego, bądź też wywolały poród względnie go przyspieszyły. Należy bowiem pamiętać, że choroby wyżej wspomniane nierzadko wywołują poród przedwczesny. Prócz wyżej wymienionych jedna choroba tak ściśle związana z aktem porodowym może stać się wprawdzie rzadko przyczyną gorączki — a tą jest rzucawka porodowa.

Jak wspomniano najczęstszą przyczyną gorączki wśród porodu jest zakażenie narządów rodnych przez rozmaite drobnoustroje chorobotwórcze i gorączka wtedy jest wyrazem odczynu — walki organizmu z tem zakażeniem. Jak statystyki [2]) wykazują do tej grupy przypadków należy około 87% z pomiędzy wyżej wspomnianych 3% porodów gorączkowych, a tylko około 13% przypadków na inną przyczynę gorączki. Należy tu wspomnieć o tem, że niektóre przypadki porodów

[1]) W klinice królewieckiej prof. Zangenmeistra na 14.199 porodów — 538 porodów gorączkowych co wynosi 3.7% w klinice berlińskiej prof. Stöckla 2.7%.

[2]) Winckel. Klin. Beob. z Pathol. d. Geb. Zangenmeister Zt. f. Geb. u. Gyn.

z zakażeniem mogą przebiegać bez gorączki, ale tych jest mało [1]).

Jakie są główne objawy porodu gorączkowego wskutek zakażenia?

Gorączka 38° C i wyżej (w 80% przypadków nie przekracza 39° C a w 50% dochodzi tylko do 38·5° C), która może trwać rozmaicie długo od kilku godzin, do czasu ukończenia porodu, — albo też przechodzi w okres połogowy. Przeciętnie czas trwania gorączki wyraża się tak: w 12% kończy się gorączka jeszcze przed ukończeniem porodu, — w 55% z ukończeniem porodu, a w 33% przechodzi w okres połogowy.

Tętno mierzone w okolicy stawu nadgarstkowego wykazuje zwiększoną liczbę uderzeń na minutę przeciętnie od 90—120, przyczem tętno bywa wyższe, niż odpowiadałoby to z wysokości gorączki. Pewna część przypadków zakażenia wśródporodowego przebiega z rozkładem wód płodowych, niekoniecznie z podniesieniem ciepłoty ciała. Wody płodowe stają się wtedy zielonkawo-brudne, czasem cuchnące — niekiedy przychodzi do fermentacji gazowej wód płodowych i wytwarza się gaz, który gromadząc się w macicy prowadzi do tak zwanej „bębnicy macicy". Zjawisko to nieczęste (tylko w 1·6% przypadków) i bardzo niekorzystne, w tych razach bowiem czas trwania porodu przedłuża się (średnio 60 godz.) z powodu upośledzenia bólów porodowych, — macica napina się, — a poród bardzo pomału posuwa się naprzód. Ciepłota podnosi się do 40°, tętno staje się liche i przyspieszone od 120—140 min. W trzecim okresie porodowym przychodzi często do bardzo silnych krwotoków a gorączka nie kończy się z trzecim okresem, lecz zwykle przechodzi w gorączkę połogową.

W przypadkach gorączkowych pomijając przypadki, w których przychodzi do rozkładu wód płodowych, niemal do reguły należy upośledzenie bólów porodowych, przedłużanie się porodu, a dzieci często przychodzą na świat omdlałe.

Zakażenie narządów rodnych, które jest takie przykre, a bardzo często i groźne dla życia matki oraz dziecka polega na wtargnięciu drobnoustrojów chorobotwórczych w te miejsca narządu rodnego rodzącej kobiety, gdzie ich normalnie nie ma t. j. do macicy — jaja płodowego a stąd w czasie aktu porodowego może przejść dalej t. j. do przydatków, otrzewnej oraz do krwiobiegu.

[1]) 3.17% porodów z zakażeniem narządów rodnych.

**Uwaga! Obecny zeszyt jest numerem 49 wydawnictwa „Położna", stronica 200 jest równocześnie 1000 stronicą miesięcznika od początku jego założenia. Zeszyt grudniowy, jako Nr 50, będzie jubileuszowym numerem „Położnej". Wierzymy, że ta praca Redakcji znajdzie należyte zrozumienie i przyczyni się do dalszego rozwoju pożytecznego wydawnictwa, tak dla dobra Organizacji jak i dla dalszego dokształcania Czytelniczek.**

**Imieniem Zarządu Stow.**

*A. Halamowa, prezesowa.*

---

Drobnoustroje chorobotwórcze, które wtargnęły do narządu rodnego nie wywołują natychmiast objawów zakażenia, musi upłynąć pewien czas zanim one dostosują się do nowego podłoża, zanim dostatecznie rozmnożą się, aż zaczną swą chorobotwórczą działalność, polegającą na uszkadzaniu podłoża oraz wytwarzaniu jadów.

Sprawa zakażenia i towarzyszącej gorączki była przedmiotem długotrwałych badań rozmaitych lekarzy [1]).

Niektórzy przypuszczali, że zarazki dostają się tylko do jaja płodowego (błon, wód płodowych) tam rozwijają się i wytwarzają swoje jady, które są wchłaniane przez organizm matki wywołując gorączkę. Opierali oni swe przypuszczenia na tem, że z chwilą ukończenia porodu bardzo często gorączka opada — więc, że wraz z błonami i łożyskiem odchodzą wszystkie zarazki, które powodowały gorączkę.

Inni [2]) uważali, że zarazki chorobotwórcze dostają się w tkankę doczesnowo-kosmówkową, omijając owodnię — że przychodzi więc do zakażenia doczesnej. Wydzielina zakaźna gromadząca się między ścianą macicy i błonami płodowemi w czasie porodu nie ma dostatecznego odpływu — przychodzi do wchłaniania się tej zakaźnej wydzieliny i stąd gorączka, natomiast z chwilą opróżnienia się macicy gorączka opada — a powierzchowne zakażenie macicy leczy się samo w połogu. Z drugiej strony z chwilą pęknięcia pęcherza płodowego stają się warunki dla odpływu wydzieliny zakażonej doczesnej korzystniejsze, ale dostawanie się zarazków i rozprzestrzenienie się ich staje się łatwiejsze, bo związek błon płodowych z macicą staje się luźniejszy.

---

[1]) König, Wolthard, Warnekros, Siegert.
[2]) Zangenmeister.

Zakażenie jamy macicy przez drobnoustroje uwidacznia się przez gorączkę w czasie porodu — wtedy — jeśli poród trwa dostatecznie długo — względnie niedługo po rozpoczęciu porodu, jeśli zakażenie nastąpiło wcześniej t. j. jeszcze w ciąży.

Jak zakażenie wśródporodowe zależy od czasu trwania porodu dowodzą cyfry: normalnie tylko 18% porodów trwa powyżej 30 godzin, a porodów z zakażeniem wypada 64%.

W pewnej ilości przypadków zakażenie następuje przed początkiem porodu, więc w ciąży — dowodzi tego ten fakt, że gorączka może wystąpić zanim zaczną się bóle porodowe, poza tem to zjawisko, że przy porodach gorączkowych z zakażeniem rodzi się dużo płodów niedonoszonych około 13% (normalnie 6·7%).

Jak wspomniano wyżej, porody gorączkowe są wywołane zakażeniem już w czasie ciąży lub też dopiero w czasie przebiegu porodu.

Do pierwszej grupy trzeba zaliczyć te przypadki, w których przed wystąpieniem bólów, albo też niedługo (do 20 godzin) po rozpoczęciu się bólów, występują objawy zakażenia zwłaszcza gorączka. Tych przypadków jest około 37% z pomiędzy wszystkich zakaźnych porodów. Do drugiej grupy trzeba zaliczyć te przypadki z początkiem gorączki, po dłuższem trwaniu porodu (około 60 godz.).

Co do czynników, które ułatwiają względnie powodują zakażenie narządu rodnego w ciąży, zwłaszcza w ostatnich miesiącach i w czasie porodu — to tych jest wiele.

I tak schorzenia dróg rodnych, sromu, pochwy, części pochwowej, które powodują nagromadzenie się zarazków chorobotwóczych w tak bliskiem sąsiedztwie macicy — zwłaszcza zapalenia pochwy.

Poza tem takie choroby, jak czyraki, róża, zastrzał, zapalenie gardła, ucha, grypa i t. p. wprawdzie rozgrywają się dalej od narządu rodnego, mogą stać się jednak źródłem zakażenia. Nietylko te choroby, które dotyczą samej rodzącej względnie ciężarnej, są tak niebezpieczne, — również te same cierpienia osób stykających się z rodzącą (ciężarną), jak położnych, pielęgniarek, często stają się źródłem zakażenia narządu rodnego. Więc położna, która sama choruje na wyżej wymienione choroby, wywołane temi groźnemi dla zdrowia i dla życia drobnoustrojami, względnie która pielęgnuje osoby cierpiące na te

choroby nie powinna w tym czasie udzielać pomocy rodzącej kobiecie.

W innych przypadkach, gdzie niema żadnej choroby u ciężarnej, ani w otoczeniu — rozmaite manipulacje powodują przeniesienie zarazków, względnie ułatwiają dostanie się zarazków do narządu rodnego — chodzi tu o zarazki żyjące na skórze ciężarnej, na sromie, pochwie, a nie wywołujące miejscowo choroby — do tych czynników należy płókanie pochwy, stosunki płciowe, badanie wewnętrzne przez pochwę — nawet kąpiele — bo badania wykazały, że u wieloródek ze starem dużem pęknięciem krocza woda kąpielowa może dostawać się do głębszych odcinków pochwy [1]. Poza tem istnieją nieprawidłowości, które szczególnie ułatwiają zakażenie, więc przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego oraz łożysko przodujące. Po pęknięciu pęcherza staje się połączenie błon płodowych z doczesną luźniejsze, tak, że wtargnięcie zarazków z pochwy staje się łatwiejsze. Niekorzystny wpływ łożyska przodującego polega na tem, że przez przedwczesne odklejanie się łożyska rozluźnia się połączenie jaja płodowego z jamą macicy, odpływająca krew staje się dobrą pożywką dla zarazków — siły odporne organizmu na zakażenie stają się mniejsze wskutek utraty krwi, następnie ta nieprawidłowość zmusza do badania wewnętrznego oraz zabiegów.

Co do czynników, które ułatwiają, względnie powodują zakażenie narządu rodnego w czasie porodu — to wchodzą tu w grę wyżej wyszczególnione czynniki, poza tem szereg innych wywołanych samym aktem porodowym.

I tak w czasie porodu zarazki, znajdujące się w pochwie, znajdują lepsze warunki rozwoju i wtargnięcia do macicy — więc zmiana podłoża, otwarcie się ujścia, rozluźnienie się połączenia jaja płodowego z macicą wskutek przesunięcia się dolnego odcinka macicy w stosunku do jaja płodowego, prądy włosowate, jakie są powodowane bólami i przerwami między bólami — uszkodzenia tkanek, zwłaszcza szyjki, wskutek ucisku główki, który obniża ukrwienie i odżywienie tej tkanki. Tem się tłumaczy, że już przed pęknięciem pęcherza w 27% przypadków występuje gorączka. Im dłużej trwa pierwszy okres porodowy — im bardziej niepodatne ujście i im słabsze bóle porodowe — tem częściej przychodzi do wśródporodo-

[1]) Bumm. Wolthard.

wego zakażenia, — dlatego częściej zapadają na zakażenie wśródporodowe pierwiastki — i dlatego wiek pierwiastek odgrywa rolę. Po pęknięciu pęcherza płodowego rozwija się zakażenie łatwiej i dlatego widzimy na podstawie statystyk, że częściowe występowanie zakażenia już po 20 godzinach zaczyna wzrastać, podczas gdy po rozpoczęciu się bólów bez pęknięcia pęcherza dopiero po 60 godzinach zaczyna wzrastać niebezpieczeństwo zakażenia.

Poza temi czynnikami cały szereg innych nieprawidłowości wchodzi w grę, które przeszkadzają w normalnym porodzie: jak blizny szyjki, pochwy, sromu, guzy, wady rozwojowe, płaskie miednice, nadmiernie duże płody, nieprawidłowości w położeniu i ułożeniu płodu, ciąża bliźniacza.

Nieprawidłowości te nietylko powodują przeciąganie się porodu, ale przyczyniają się do uszkodzenia tkanek kanału rodnego — poza tem dają powód do badania wewnętrznego oraz do zabiegów. Niewątpliwie często powtarzane badanie wewnętrzne przy przeciągających się porodach przyczynia się, jeśli nie powoduje wśródporodowe zakażenie — jeszcze w większej mierze przyczyniają się zabiegi, które przytem uszkadzają tkanki.

Jak powikłania porodowe wpływają na częstość występowania zakażenia i gorączki porodowej dowodzą cyfry statystyczne.

Przy płodach powyżej 1.000 gr. przypadków gorączkowych 11% — normalnie 3·4%; przy nieprawidłowościach w położeniu i ułożeniu, jak

| | | |
|---|---|---|
| pośladkowych | 10% | — normalnie 3% |
| poprzecznych | 3% | — normalnie 1% |
| przy ciasnych miednicach | 2 × | częściej niż w normie |
| przy wypadnięciach części drobnych | 5% | — normalnie 0·8%. |

(Dokończenie nastąpi).

—— o ——

**Do obecnego numeru dołączamy czek na przedpłatę abonamentu za miesiące listopad, grudzień 1932 i styczeń 1933 roku.**

**Nadsyłajcie prace z praktyki i zapytania oraz wypracowania przykładów z seminarjum położniczego.**

*Z Państwowej Szkoły Położnych w Krakowie.*
*Dr. ROMAN ARSENICZ.*

# Wpływ chorób zakaźnych na przebieg ciąży, porodu i połogu.

I.

Prawie każda choroba zakaźna odbija się na ludzkim organiźmie ujemnie, zostawiając po sobie większe lub mniejsze następstwa, zależnie od rodzaju choroby, jej natężenia i odporności danego organizmu.

Zanim przejdziemy do omawiania głównego tematu wspomnę słów kilka o wpływie chorób zakaźnych na przebieg miesiączkowania. Wiemy, że choroby infekcyjne b. często są przyczyną zaburzeń w miesiączkowaniu (grypa, tyfus, szkarlatyna, odra). O ile choroba wystąpi w okresie przedmiesiączkowym, wywołuje przyspieszenie, o ile w okresie miesiączkowym powoduje obfitość krwawienia, w okresie zaś pomiesiączkowym może być przyczyną ponownego — i to dość obfitego krwawienia.

Jeżeli chodzi o przyczyny tego, to zdania do dzisiaj są podzielone. Jedni dopatrują się przyczyn krwawienia w obumieraniu jaja, inni w przekrwieniu organów w miednicy małej.

Możemy się również spotkać z przeciwnym wpływem choroby zakaźnej na miesiączkowanie; mianowicie jej zatrzymaniem na pewien okres czasu. Przypisujemy to częściowemu lub całkowitemu zahamowaniu czynności jajnika na skutek choroby zakaźnej oraz wyczerpaniu organizmu w przewlekłych chorobach (gruźlica).

Czynności życiowe organizmu ciężarnej są wzmożone, gdyż musi on pracować nie tylko nad wyżywieniem siebie, ale również nad wyżywieniem rozwijającego się w łonie matki organizmu. Dotknięty więc chorobą zakaźną organizm ciężarnej walczy na dwa fronty: stara się utrzymać nowopowstałe w nim życie a równocześnie broni je i siebie przed wtargnięciem czynników chorobotwórczych. Dlatego walka ta jest cięższa i więcej przedstawia niebezpieczeństwa, aniżeli dla organizmu nieciężarnego. Nic dziwnego, że prawie 40—80% chorób zakaźnych prowadzi do poronienia lub przedwczesnego porodu. W ten sposób natura sama ułatwia organizmowi matki walkę z chorobą. Wprawdzie traci ona organizm dziecka, ale chroni organizm matki, zdolny do dalszego rozrodu.

Gdzie leży przyczyna tych poronień i przedwczesnych porodów? Tu zdania znów są podzielone. Jedni twierdzą, że wysoka ciepłota ciała — jaka zwykle towarzyszy chorobom zakaźnym — zwiększa przemianę materji, rozpad ciał białkowych, które to ciała powodują skurcze macicy, obumieranie płodu i poronienie. Drudzy znów przypisują to działanie jadom bakteryjnym a temperaturę uważają za rzecz poboczną.

Inni zaś, widząc w niektórych chorobach zakaźnych (grypa, tyfus) — zmiany anatomiczne w macicy w miejscu przyczepu łożyska, (krwotoczne zapalenie śródmacicza) lub w samym łożysku — jak wylewy krwawe, zgorzel kosmków łożyskowych — są skłonni działanie to przypisać samym bakterjom i ewentualnie ich jadom.

Dotychczas w krótkim zarysie opisaliśmy sposób obrony organizmu ciężarnej przed chorobami zakaźnemi, polegający na pozbyciu się płodu. Ponieważ jednak występuje to niezawsze, zachodzi pytanie czy jest możliwe przejście zakażenia na organizm dziecka w łonie matki. Nad zagadnieniem tem zastanawiano się i badano dziesiątki lat i dziś stoimy na stanowisku, że w łonie matki płód można zakazić kiłą, oraz w rzadkich wypadkach odrą i ospą.

W przeważnej ilości chorób zakaźnych ciężarnej organizm dziecka zostaje na nie uodporniony. Mianowicie z krwią matki w krążeniu płodowem a potem z mlekiem przy karmieniu dostają się do organizmu dziecka ciała odpornościowe, działające jednak na krótką metę. Tego rodzaju uodpornienie nazywamy uodpornieniem biernem w odróżnieniu od odporności czynnej, powstającej wtedy, gdy dziecko, chorując, wytwarza sobie samo ciała odpornościowe.

Trzecim wreszcie sposobem reagowania organizmu płodu na chorobę zakaźną matki może być predyspozycja czyli uczulenie na tę chorobę. Występuje to przy gruźlicy. Tu organizm płodu nie zakaża się, jednak w życiu pozapłodowem ulega zakażeniu łatwiej, aniżeli dziecko matki zdrowej.

Obecnie przechodzimy do omówienia poszczególnych jednostek chorobowych, stawiając na ich czele najczęstszą i najwięcej rozpowszechnioną

### Gruźlicę.

Infekcji gruźliczej ulega 90 kilka % ludzi, z czego tylko pewien odsetek ginie na tę chorobę. Widzimy stąd, że gruźlica

jest uleczalną. Rozwojowi jej sprzyjają złe warunki hygjeniczne, złe odżywianie i t. d. Początek choroby przebiega zdradliwie, daje objawy nieznaczne, które bywają bagatelizowane, przez co chorzy zgłaszają się o poradę dopiero wtedy, gdy choroba poczyni spustoszenia w organizmie, trudno dające się leczyć. To też nieznaczne objawy jak łatwe męczenie się, pokaszliwanie, pocenie się zwłaszcza porą nocną, brak łaknienia powinny skierować cierpiącego do lekarza. Przy dzisiejszym rozwoju poradni przeciwgruźliczych nie powinno to sprawiać trudności materjalnych. Większa część położnych styka się z najszerszemi warstwami ludności i dociera tam, gdzie lekarz dotrzeć nie może, a znając grozę tej choroby każdy podejrzany o gruźlicę wypadek kierować powinna do lekarza. Niema narządu, któregoby ta choroba oszczędziła. Najczęściej jednak umiejscawia się w płucach, co się tłumaczy tem, że najczęstszą drogą zakażenia jest przewód oddechowy. Jak w każdej chorobie tak i w tej ustrój broni się. Obrona ta polega na magazynowaniu soli wapniowych około miejsca zaatakowanego prątkami gruźlicy, odcinając je w ten sposób otoką wapniową od zdrowej tkanki.

W ciąży duża część materjału wapniowego zużywa się na budowę płodu, co jest stratą przy obronie w procesie gruźliczym. Jeżeli dodamy do tego dużą część materjału odżywczego zużytkowanego przez płód, upośledzenie krążenia krwi, spowodowane uciskiem rosnącego płodu, dalej oddanie części ciał odpornościowych płodowi, to widzimy, jak niekorzystne warunki dla rozwoju gruźlicy stwarza ciąża, zwłaszcza jej pierwsze miesiące. To też prawodawstwo dzisiejsze pozwala na przerwanie ciąży w czynnej gruźlicy, t. j. postępującej naprzód. Wymagane do tego w praktyce prywatnej jest wskazanie na piśmie, wystawione przez dwóch lekarzy, w szpitalach zaś większych świadectwo któregoś z innych oddziałów. Przerwanie ciąży ma na celu doraźną ochronę organizmu chorej przed zgubnemi skutkami gruźlicy podczas ciąży i danie chorej możności wyleczenia się.

Tam jednak, gdzie sprawa jest ciężka i gdzie pacjentka nie ma możności leczenia się, należy ją na stałe zabezpieczyć przeciw możności zajścia w ciążę. Na naszym oddziale wykonujemy to zabezpieczenie przez podwiązanie jajowodów. Jeżeli chodzi o wpływ gruźlicy na rozwój płodu, to ten ostatni na rozwoju nie cierpi, jest on bezwzględny w swoich potrzebach

rozwojowych, jedynie tylko — jak już wspomnieliśmy — po przyjściu na świat jest usposobiony i wrażliwy na infekcję gruźliczą zzewnątrz. Przebieg gruźlicy w czasie porodu i połogu omówimy później.

Nie mniej rzadką chorobą, z którą się spotykamy w ciąży jest

### Grypa (influenza).

Jak w innych stanach tak i w ciąży pogarsza ona sprawy gruźlicze a nawet może je uczynnić. Zaniedbana doprowadzić może do zapalenia płuc. Normalny jej przebieg sprowadza poronienie w 30—40% i to tem łatwiej, im dalej posunięta jest ciąża.

Obecnie wspomnimy o

### Odrze.

Jest ona chorobą wieku dziecięcego o łagodnym zazwyczaj przebiegu. Jeżeli wystąpi w ciąży powoduje — jak przeważające ilości chorób infekcyjnych — poronienie, jednak w dużym odsetku, sięgającym do 75%. Poronienie lub przedwczesny poród występuje najczęściej w okresie wysypkowym a nawet już w okresie zwiastunowym (prodromalnym).

Innych powikłań ciążowych nie daje. Jak już wyżej zaznaczyliśmy infekcja może przejść na płód, o czem przekonywujemy się, że okres wylęgania po porodzie nie odpowiada normalnemu t. zn., że wysypkę odrową możemy spostrzec u noworodka w 2 lub 3 dniu po porodzie, (norm. okres wylęgania 7—14 dni).

### Ospa.

Jest obecnie rzadkiem schorzeniem ze względu na obowiązkowe szczepienie ochronne. Jeżeli wystąpi u ciężarnych ma szczególnie ciężki przebieg i daje ogromny % śmiertelności. Zauważono, że śmiertelność u wieloródek jest częstsza niż u pierwiastek, co najprawdopodobniej należy tłumaczyć tem, że okres od szczepienia ochronnego, dokonywanego zwykle w wieku młodym u wieloródek jako osób starszych jest większy, przez co odparność traci na sile.

Ospa w ciąży prawie z reguły daje poronienia lub przedwczesny poród.

Choroba ta może przejść na płód w łonie matki i ujawnić się już w drugim dniu po urodzeniu się dziecka, a nawet

płód może ją przebyć w łonie matki i przyjść na świat z bliznami poospowemi.

Szkarlatyna

w dojrzałym wieku występuje rzadko, tem samem i w ciąży rzadko się z nią spotykamy. Niektórzy jednak są skłonni przypuszczać, że ciąża nawet chroni przed zakażeniem się szkarlatyną. O ile wystąpi powoduje b. często poronienie najczęściej w okresie wysypkowym a bardzo rzadko w okresie łuszczenia się.

Co dotyczy

Dyfterji

to ciężarne nie są specjalnie wybierane przez nią. W ciąży należy się strzec przed zawleczeniem jej na części rodne, bo wtedy występuje zazwyczaj zakażenie mieszane, które może przejść na przymacicza, dając przykre następstwa. W obecnym stanie lecznictwa surowicą przebieg tej choroby jest stosunkowo nieciężki i śmiertelność znacznie obniżyła się, a zależy to wszystko od wczesnego rozpoznania i zastosowania leczenia.

Tyfus brzuszny.

Ciekawe, że tyfus brzuszny w ciąży rzadko widujemy. Czy tu mamy do czynienia ze specjalną odpornością ciężarnych na tyfus czy jakiś inny czynnik odgrywa rolę — jeszcze nie wiadomo.

Jeżeli już wystąpi daje duży odsetek poronień — który sięga prawie do 80% — i to tem częściej, im wcześniejsza ciąża. Poronienia te występują zazwyczaj w 2—3 tygodniu choroby, jednak może wystąpić również i w czasie rekonwalescencji. Przebycie tyfusu w ciąży daje odporność bierną u dziecka przez jakiś czas.

Tyfus plamisty

charakteryzuje się tem w ciąży, że najczęściej nie daje poronień.

W ten sposób omówiliśmy najważniejsze jednostki z zakresu chorób zakaźnych oraz ich wpływ na ciążę i na płód. Jak one wpływają na poród i połóg postaram się przedstawić w następnym numerze. (Dokończenie nastąpi).

# SEMINARJUM POŁOŻNICZE.

*Przypadek X.*

Zgłasza się po poradę kobieta lat 37. Od kilku miesięcy zauważyła powiększanie się piersi lewej i obmacywaniem stwierdziła w niej guz, jak twierdzi miała zeszczuplеć.

W czasie badania stwierdza się w lewej piersi guz rozmiarów małej pięści, nierówny, na podstawie nieco przesuwalny, gruczoły pachowe lewe wyczuwalne.

O jakiem schorzeniu musimy myśleć?

*Przypadek XI.*

Wieloródka lat 26, rodzi na czasie. Poród przebiega prawidłowo. Położna wezwana do rodzącej stwierdza w czasie badania zewnętrznego liczne wyniosłości brodawkowe w okolicy warg sromowych i kiszki stolcowej. Wyniosłości te leżą grupkami, mają cienką szyjkę i drobne rozgałęzienia. Z wywiadów dowiadujemy się, że miała silne upławy.

Z jakiego rodzaju zmianami mamy do czynienia?

*Przypadek XII.*

Rodząca, na sromie stwierdza się dość liczne okrągławe, soczyste wyniosłości, sączące. Na wargach małych widoczne podobne zmiany, ale już jakby zanikające. Z wywiadów dowiadujemy się, że miała na skórze jakąś wysypkę, która już znikła.

Z jaką chorobą mamy do czynienia i w jakim kierunku musimy uzupełnić badanie zewnętrzne?

# RUCH ORGANIZACYJNY.

## Protokół

**z Nadzwyczajnego posiedzenia Zarządu Stow. Zaw. Poł., odbytego w dniu 11 października 1932 roku w Krakowie.**

Obecni: kol.: Antonina Halamowa, prez.; Teresa Ratajowa, sekret.; Kat. Nablowa, skarbniczka; Honorata Strojna, wiceprezesowa, Nela Świadkowska — wydziałowa i jako delegatki: kol. Janusowa Janina, prezesowa Związku Poł. Oddział w Częstochowie; kol. Gajdowa Stefanja, wiceprezesowa Związku Poł. Oddział w Częstochowie; kol. Hummelowa Janina z Oddziału Związku w Łodzi.

Porządek dzienny:

1. Odczytanie protokółu.
2. Omówienie spraw bieżących w Kasach Chorych.

3. Zcentralizowanie się Związków, a to: krakowskiego, lwowskiego, poznańskiego w jeden Związek R. P. z siedzibą w Warszawie, ul. Hoża 56.

4. Wolne wnioski.

Kol. Hummelowa odczytała protokół z ostatniego Zebrania Zarządu w Częstochowie z dnia 8—9 października 1932.

Wniosek kol. Halamowej, prezeski krakowskiego Związku, w sprawie unormowania godzin pracy, płacy, dyżurów w dnie świąteczne w szpitalach, klinikach i Kasach Chorych.

M o t y w y:

1) aby: akuszerki, pracujące na stałych posadach w klinikach, szpitalach miejskich, państwowych, samorządowych i prywatnych oraz Kasach Chorych — miały ośmiogodzinny dzień pracy; aby miały — należne urlopy w myśl przypadających przepisów i rozporządzeń; aby miały — swą płacę unormowaną w punktach jak higjenistki; aby miały zabezpieczenie i możność należenia do Zakładu Ubezp. Pracown. Umysłowych po myśli odnośnych dekretów P. Prez. R. P. lub należenia do Kasy Chorych, jako członkinie tychże Kas na wypadek choroby, a także aby unormowano dodatki za pełnienie pracy w dnie świąteczne.

2) Prezesowa Związku Oddziału w Częstochowie omawiała ciężkie warunki płac w Kasach Chorych i zamiar wprowadzenia systemu rejonowego, — który powiększyłby wzrost bezrobocia i wywołałby klęskę położnych.

Kol. Hummelowa z Łodzi udowodniła, jakie skutki wynikły z powodu wprowadzenia systemu rejonowego w Łodzi, spowodowane zarządzeniami Kasy Chorych w Łodzi, a mianowicie, że: na około 500 (pięćset) akuszerek, zamieszkałych w Łodzi, które miały utrzymanie w Kasie Chorych — obecnie (przy wprowadzeniu systemu rejonowego), zatrudnionych jest zaledwie tylko 80 (osiemdziesiąt) akuszerek. Te są płatne od porodu, jednak bez żadnego zabezpieczenia emerytalngo, ani chorobowego, — reszta zaś pozostawiona została bez żadnej opieki tak rządu, jako też możności utrzymania.

3) Dalej uchwalono jednogłośnie przyłączyć się do Centrali Związków R. P. w Warszawie, jednak pod warunkiem, że ze strony Centrali Związków zostanie b e z z w ł o c z n i e podjęta energiczna akcja odnośnie zrealizowania wymienionych wniosków, wzgl. żądań u odnośnych władz dla dobra ogólnego akuszerek.

Następnie uchwalono wysłanie delegatek do Lwowa z Krakowa i Częstochowy w sprawie porozumienia się odnośnie przyłączenia Związku lwowskiego do Centrali w Warszawie.

Również postanowiono wydelegować na Zebranie kwartalne do Warszawy delegatki z Krakowa, Lwowa, Częstochowy i Łodzi.

## Sprawozdanie z wyjazdu delegatki na posiedzenie do Warszawy.

Wnioski, jakie uchwaliły przedstawicielki Związków położniczych: Lwowskiego, Krakowskiego, Oddziałów: Częstochowskiego, Łódzkiego, Tomaszowskiego, Wieluńskiego, Włoszczowskiego i Radomskiego w osobach kol.: Morawskiej, Leszczyszynowej, Hałamowej, Hummelowej, Olszewskiej, Sałomonowej, Kraskowej, Janusowej i Bieregowej.

1) Uchwalono, że Związki Krakowski i Lwowski przyłączają się do Centralnego Związku Rzeczypospolitej Polskiej z siedzibą w Warszawie z warunkiem, by Centrala w Warszawie przeprowadziła wszystkie wnioski, przedłożone przez przedstawicielki Związków Krakowskiego, Lwowskiego i Oddziałów Częstochowskiego, Łódzkiego, Tomaszewskiego, Wieluńskiego, Włoszczowskiego i Radomskiego.

2) Wywalczenie jednakowych praw na całym terenie Rzeczypospolitej Polskiej, bez różnic dzielnicowych, gdyż obecnie te prawa posiadają akuszerki tylko na papierze.

3) Z powodu reorganizacji Związków Kas Chorych w jeden Związek z siedzibą w Warszawie — przedstawicielki zebranych powyżej Związków Położnych w obronie interesów i praw dla swych członkiń żądają od Centrali swego Związku przeprowadzenia w Ministerstwie Zdrowia i Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej — niedopuszczenia przeprowadzenia w Kasach Chorych rejonów, które są już wprowadzone w Łodzi i Tomaszowie Mazowieckim oraz starać się w tychże Ministerstwach znieść istniejące już rejony. Projekty rejonów są już dla Krakowa i Lwowa, jak również mają być wprowadzone na całym terenie Państwa Polskiego w Kasach Chorych. Kasa Chorych nie zatrudni wszystkich akuszerek, gdyż rejonowe położne będą mieć zadanie nie odbierania porodów, a tylko skierowywanie rodzących do szpitali i klinik położniczych. W Łodzi rejonowych akuszerek jest 80, a przeszło 400 pozostało bez pracy.

4) Wspólne przeprowadzenie z Panami Dyrektorami Szkół Położnych na całym terenie Państwa Polskiego, by nie powiększać bezrobocia między akuszerkami, zaprzestać na jakiś czas przyjmowania nowych uczenic do Szkół Położnych, a w szczególności do prywatnych i bezwzględne żądanie cenzusu naukowego, przynajmniej 7 klas szkoły powszechnej, a nawet pożądane jest średnie wykształcenie w zakresie małej matury, t. j. 6 klas gimnazjalnych. Zamiast przyjmowania nowych uczenic, na ich miejsce przeprowadzenie przeszkolenia starszych akuszerek, by w ten sposób uzupełnić ich wiedzę. Na tych kursach przeszkodzenia przeprowadzić zakres nauki położnictwa, pielęgniarstwa oraz opieki nad matką i dzieckiem. Prosimy o przywrócenie programu kursów, jakie odbyły się

w Warszawie przy Szkole higjeny w latach 1925—1927. Kursistek 160 ukończyło specjalnie te kursa, lecz miejsca, które powinny zająć, zajęły pielęgniarki, nie posiadające kursów położniczych.

5) Opracowanie cennika w Ministerstwie Pracy dla odbierających porody u prywatnej ludności, urzędników państwowych, wojskowych i w Kasach Chorych oraz dla akuszerek powiatowych i gminnych. Wszystkie akuszerki, tak otrzymujące płacę w Kasach Chorych, jako stałe zatrudnienie, jak i pobierające od porodu, jak również pracujące w urzędach państwowych, w sejmikach i gminach, muszą otrzymywać ubezpieczenie pracowników umysłowych, jako wykwalifikowany personel pomocniczy lekarski oraz ubezpieczenie w Kasach Chorych na wypadek choroby. Kasa Chorych, Urzędy pracowników państwowych, powiatów i sejmików żądać będą spisu akuszerek od Związku danego miasta, zarejestrowanych w Związku. Zawierać będą umowy wszystkie li tylko z Zarządem Związku.

7) Wydanie rozporządzenia przez Ministerstwo do Panów Lekarzy: Kas Chorych, Urzędów pracowników państwowych i Wojskowych, by nie wysyłali do klinik i szpitali położniczych normalnych porodów.

8) Wolny wybór akuszerek w Kasach Chorych i dla pracowników państwowych z list, przedstawionych przez Związek Położnych.

9) Unormowanie płacy i pracy godzin i dyżurów w dni świąteczne w szpitalach, klinikach i ambulatorjach Kas Chorych. Akuszerki, pracujące na stałych posadach w szpitalach, klinikach państwowych, miejskich, prywatnych oraz w Kasach Chorych powinny mieć 8-mio godzinny dzień pracy i wynagrodzenie za godziny pracy w punktach, .....punktów za godzinę, należne urlopy w myśl przypadających przepisów oraz płacę, unormowaną w punktach, jak higjenistki, zabezpieczenie na leczenie, do Zakładu ubezpieczeń pracowników umysłowych i Kas Chorych na wypadek choroby oraz unormowanie dodatku za pracę w dni świąteczne.

10) Zwalczanie „babek". Zwrócenie się do Arcybiskupa o wydanie rozporządzenia w djecezjach, by do chrztu żądane było świadectwo akuszerki, że odebrała poród. meldowanie na policji o każdej „babce", oddanie jej pod Sąd z nałożeniem kary pieniężnej i aresztu.

Uchwalono także zawiadomić wzgl. zaprosić Zw. Centralny w Poznaniu o wysłanie delegatki na powyższe zebranie w Warszawie na dzień 16 października 1932.

Na zapytanie kol. Nablowej z Krakowa w sprawie zbierania składek członkowskich w Częstochowie i Łodzi, nadmieniono, że kasjer w Kasie Chorych w Częstochowie przy wypłacie poborów za porady potrąca składki na rzecz Związku.

W Łodzi natomiast postanowiono wysyłać koleżankę, któraby inkasowała przypadające kwoty.

Wniosek kol. Gajdowej w sprawie przyłączenia wzgl. należenia wszystkich akuszerek, pracujących w szpitalach, klinikach i Kasach Chorych, obowiązkowo do Związku Położnych, przyjęto jednogłośnie.

Kraków, dnia 11 października 1932.

*A. Halamowa* mp., prezes. *T. Ratajowa* mp., sekret.
*Nablowa* mp., skarbnik. *H. Strojna* mp. wiceprezes.
*A. Świadkowska* mp., wydziałowa.

Delegatki: *Janus Janina* mp., delegatka z Częstochowy, *Gajdowa Stefanja* mp. delegatka z Częstochowy, *Hummelowa Janina* mp. delegatka z Łodzi.

Za zgodność odpisu!
Kraków, 11 października 1932.
*Teresa Ratajowa* mp., sekretarka Związku krakowskiego.

## Protokół

**z Nadzwyczajnego posiedzenia odbytego w Związku Akuszerek we Lwowie dnia 14 października 1932 roku.**

Obecni członkowie Zarządu w osobach niżej podpisanych oraz delegatki: z Krakowa, Łodzi, Częstochowy.

Posiedzenie otworzyła przewodnicząca kol. Morawska Józefa, przedstawiając Zarządowi lwowskiemu obecne delegatki.

Delegatka Bieregowa z Częstochowy wytłumaczyła powód przyjazdu, t. j. zło, powstałe przez wprowadzenie rejonów i odebranie nam praw ubezpieczeniowych, odczytała także artykuły gazet łódzkich.

O rejonach mówiła też treściwie delegatka Łodzi kol. Hummelowa i poparła przykładami groźną sytuację, która wytworzyła się na przyszłość przez wprowadzone rejony.

Zarząd lwowski wraz z delegatkami z Łodzi, Częstochowy, Krakowa jednogłośnie postanowił, aby przyłączyć lwowski Związek do Centrali w Warszawie.

Kol. Ratajowa z Krakowa proponowała wydanie odezwy do położnych oraz w pismach zwrócenie się do akuszerek, aby wszystkie, bez względu, czy w mieście, czy na wsi należały do Związku.

Delegatka kol. Ratajowa proponowała również, aby Warszawa wydawała swoje pismo, a Kraków i Lwów wydawał nadal swoje wspólnemi siłami.

Uchwalono również wyjazd delegatek ze Lwowa do Warszawy na zgromadzenie dnia 16 października 1932.

Podpis obecnych: m. p.: *Zazula, Hryczyniak, Bieregowa, Poponer, Walaska, Gwoździowa, Leszczyniak, Sanecka, Powłowska, Pajączek, Kapralska, Krynicka, Kocynowa, Ratajowa, Morawska, Pochwałowska, Hummelowa.*

Za zgodność odpisu!

Lwów, dnia 14 października 1932.

*Teresa Ratajowa* mp., sekretarka Związku krakowskiego.

## Protokół

**z posiedzenia Zarządu Stow. Zaw. Pol., odbytego 18 listopada 1932 roku w lokalu Szkoły Położnych w Krakowie.**

Obecne koleżanki: Halamowa, Strojna, Nabłowa, Ratajowa, Walewska i Carowa.

Posiedzenie otworzyła prez. Halamowa odczytaniem sprawozdania z Warszawy i Lwowa, na które wyjeżdżały delegatki Stow. krakowskiego (do Warszawy kol. Halamowa, do Lwowa kol. Ratajowa). Następnie odczytano protokól z posiedzenia we Lwowie z dnia 11 i 14 października 1932 i protokół z Warszawy z dnia 16 i 17 października 1932.

Prez. Halamowa podnosiła konieczność przyłączenia się Organizacji krak. do Warszawy z powodu słabego zrozumienia idei organizacyjnej wśród położnych Woj. Krak. Scentralizowanie wszystkich związków zawodowych położ. w Warszawie miałoby tę dodatnią stronę, że Stowarzyszenia zrzeszone stanowić będą silniejszą jednostkę organizacyjną, jako liczebnie silniejsze prędzej zdołają przeprowadzić swe słuszne żądania. Dzielnicowe związki zachowałyby swe autonomje.

Kol. Nabłową wybrano do Kasy Chorych na delegatkę w sprawie przeprowadzenia zmiany w tym kierunku, ażeby lekarze Kasy Chorych, o ile możności, nie przesyłali prawidłowych porodów do szpitali, przez co poprawić się może praktyka położnych na mieście, zmniejszą się również świadczenia materjalne Kas Chorych w porównaniu z kosztami porodów, przeprowadzonych w szpitalach.

Postanowiono również z podobną prośbą zwrócić się do miarodajnych czynników w instytucjach „Pomoc urzędników państwowych".

Uchwalono zwołanie Nadzwyczajnego Walnego Zebrania w dniu 4 grudnia 1932, na którem ma być rozstrzygnięte przystąpienie organizacji krakowskiej do Warszawy lub Poznania.

Na Walne Zebranie postanowiono zaprosić delegatki z Poznania i Częstochowy.

Kraków, dnia 18 października 1932.

*Ratajowa Teresa*, sekr. *Halamowa Antonina*, prez.

——o——

# Z PRAKTYKI.

## Kolumna Nr. 2.

(Dokończenie).

W Zalesiu poszło wszystko tym samym trybem, z tą różnicą, że zastaliśmy pięciu chorych na tyfus, całą rodzinę na zaścianku, — dziś jeszcze nie mogę zapomnieć wrażenia, jakie na mnie sprawił ten dom. Izba nie opalana tak, że woda zamarzła, głodne bydło w oborze i chlewie, gdy myjąc chorych zbliżyłam się do ostatniego z przerażeniem odwróciłam trupa, a lekarz stwierdził, że śmierć nastąpiła przed dwoma dniami, w kołysce też leżał może trzymiesięczny trupek, śmierć niemowlęcia prawdopodobnie nastąpiła z wycieńczenia.

Matkę z czterema synami odprawiliśmy do szpitala, ojca z najmłodszym na cmentarz „na kniaże". Pogrzebem zajął się sołtys, a myśmy wydezynfekowali mieszkanie i pozostałe łachmany, zrobiłam spis znalezionych rzeczy, — krowę i dwoje prosiąt, zdaliśmy za pokwitowaniem dalszej rodzinie, chatę zabito deskami i pozostała w polu — samotna — oczekując aż właściciele powrócą...

Stosunkowo niedługo nie miał mój kierownik ze mnie pociechy. Jeszcze w Janowie odzyskałam apetyt i wyzbyłam się tremy przy wygłaszaniu pogadanek, a ponieważ pracy było huk, więc coraz częściej dzieliliśmy się pracą i coraz częściej przeprowadzałam dezynfekcję tylko z pomocą p. Michała, coraz bardziej przyzwyczajałam się do cygańskiego życia kolumny i coraz większe osiągałam zadowolenie ze swojej pracy, bo każdy dzień przynosił mi coś nowego.

Np. w Łuczajce zrobiłam ciekawe spostrzeżenie, w czasie dezynfekcji siarkowej umieściłam każde w osobnej probówce: muchę, karalucha, prusaka („tarakana"), pluskiew, pchłę i wesz i przed ostatecznem uszczelnieniem drzwi ustawiłam probówki przy szybie dla obserwacji. Najkrócej, bo tylko pięć minut żył karaluch, drugie miejsce zajął zbłąkany komar (7 minut), trzecie mucha (10 minut), dalej (20 minut) prusak i pluskiew, pchła czy to z powodu bardzo wysokiej probówki, czy przez swoją żywotność żyła 25 minut, a wesz całą godzinę. Przy dezynfekcji cjanowej 2%: mucha, karaluch i komar ginęły już po trzech minutach, pchła i prusak w ciągu 7-miu minut, pluskiew po dziesięci uminutach, a wesz żyła 15 minut. Prawda,, że był to niezwykle silny okaz, lecz żywotność jego była zdumiewająca, gdyż po otworzeniu okna kamery, nim zdążyliśmy przeszkodzić, gospodarz wrzucił do izby chorego kociaka, który wydał tylko jedno miauknięcie i stracił życie, a słyszeliśmy, że na terenie działalności kolumny NO3, gdy krowa zjadła przechowywane na strychu kamery siano, padła tegoż wieczora, więc już powyżej opowiedziane doświadczenie zilustrowało doskonale celowość wojny wydanej insektom.

We wsi Kozaki obudziła mię gospodyni z rozpaczy, że z jej siostrą coś niedobrego się dzieje; ubrana naprędce zdążyłam tylko wsadzić do kieszeni mydło i szczotkę i z butelką jodyny w ręku pobiegłam za swoją przewodniczką. Na zaścianku zastałam rodzącą... obecna tam babka powiedziała mi, że urodziło się dziecko, a zamiast łożyska wyłazi kiszka, zaraz więc zrobiłam „porządek" z otoczeniem i nim wyszorowałam ręce, w szparze sromowej ukazały się pośladki bliźniaka; po odebraniu go można sobie wyobrazić moje zdumienie, gdy znowu nastąpiły bóle i zaczęła przerzynać się główka, trzecie urodziło się zupełnie normalnie i po odejściu małego łożyska w pól godziny, przy bardzo nieznacznem krwawieniu odeszło duże i macica dobrze się obkurczyła. Dzieci bardzo małe, ważące każde niecałe dwa kilo, dohowały się doskonale, matka była zdrowa, mleka miała dość i prawdopodobnie żyją do dzisiaj.

Zmieniały się nazwy wsi i ludzi, reszta wszystko szło swoim trybem, trzy tylko wypadki nie codzienne miały miejsce:

W Maliszewie dezynfektor, wynosząc beczkę, zwróci się do nas mówiąc, że kwas z apteki jest o wiele gorszy, niż przysyłany bezpośrednio z województwa, bo cjanek się nie rozpuścił. Ponieważ stałam bliżej, niż doktor, nie miałam nic pilniejszego do roboty, jak zajrzeć do beczki bez maski ochronnej, naturalnie, że z tego miejsca już mnie do domu zaniesiono i trzy dni mogłam sobie wyobrazić, że płynę marnym statkiem po wzburzonem morzu, a o miejscu pobytu swojej głowy nie miałam pojęcia.

Drugi wypadek zaszedł w Ługach, gdzie ludność spotkała nas przy opłotkach z cepami i widłami, zaznaczając, że nie pozwolą „kurzyć" swojej wsi, ni wędzić nagich ludzi. Tu wybitnie przydał się dawny „wojenny" ton p. Michała — przypuszczam, że nie inaczej musiał przemawiać do swoich rekrutów w koszarach, a rezultatem tej „czułej" mowy były trzy kamery w jednej wsi.

Trzeci wydapek miał miejsce w Prytykach: w całutkiej wsi, liczącej 26 domów, nie znaleźliśmy ani jednej kobiety w wieku od 15 do 40 lat, nie mogliśmy wyjść z podziwu. Dopiero, gdyśmy się rozeszli do swoich lokali (zajmowaliśmy każde inną chatę), a ja przypadkiem trafiłam do drzwi wędlarki, znalazłam tam stłoczone 8 dziewcząt, które pochowały się przed obcinaniem włosów. Okazało się, że każdy dom krył po kilka uciekinierek, które ze wstydem musiały poopuszczać kryjówki i poddać się nietylko przeglądowi, a niektóre i smutnej operacji, lecz i drwinom wszystkich mężczyzn, a szczególniej młodych chłopców, którzy z największą przyjemnością wyciągali ze wszystkich kątów delikwentki i triumfalnie przyprowadzali do nas, a dwie, znalezione w piekarnianym piecu, napewno do dziś pamiętają datę przybycia do ich wsi kolumny NO2.

Dwa miesiące minęły, jak z bicza strzelił, brudna praca miała szlachetny cel zapobiegania złemu, które mimo swej żywotności, w czasie ciężkiego przednowku, dało się jednak zlokalizować, wytępić — i zabezpieczyć innych przed nieproszonym gościem — TYFUSEM.

Z dniem 1-go maja kolumna została zlikwidowana zupełnie.

Przed nami trojgiem otworzył się horyzont czterech stron świata; lecz wieśniacy z kilku kresowych powiatów, napewno długo będą pamiętali wizytę w ich chatach panów od wszej.

*Ryzenko-Luzina.*

---

# RZECZY PRAKTYCZNE i CIEKAWE.

## Choroby przenoszone z mlekiem zwierząt na człowieka.

Przez mleko zwierząt może przenieść się na człowieka cały szereg zarazków chorobotwórczych. Najbardziej znane jest przenoszenie przez mleko gruźlicy z krów, u których nierzadko zdarza się otwarta gruźlica, zwłaszcza otwarta gruźlica wymion. Również gruźlica macicy i jelit może doprowadzić do zanieczyszczenia mleka prątkami gruźliczemi. Mleko od krów gruźliczych musi być dokładnie przegotowane, a mleko krów z gruźlicą wymion wogóle nie jest zdatne do użytku. W żadnym przypadku mleka krów nie można podawać dzieciom bez uprzedniego przegotowania, ponieważ na zakażenie tą drogą są dzieci bardzo wrażliwe. Również przy paciorkowcowem zapaleniu wymion przechodzą one do mleka, dając niekiedy nawet osady ropne w mleku. Zapalenia gardła i jelit u niemowląt są często następstwem odżywiania dzieci mlekiem zanieczyszczonem paciorkowcami. Zaraza pyskowa i racicowa przenosi się często z mlekiem na człowieka. Również jad wścieklizny może przejść do mleka. Prątek wąglika przenika z krwi krów do mleka i może stać się również źródłem zakażenia człowieka. Zarazek chorobotwórczy zakaźnego ronienia krów przedostaje się do mleka. Ludzie doglądający je i pijący na surowo zakażone mleko, ulegają zakażeniu tym prątkiem. Gotowanie mleka zabija chorobotwórczego prątka.

Zanieczyszczenie mleka przy udoju cząsteczkami kału krowiego prowadzi do zakażenia prątkiem „bacillus enteritidis Gärtner". Objawy w tym wypadku polegają na ogólnem osłabieniu, bólach głowy, wymiotach i biegunkach.

Z powyższego widać, że wygotowanie mleka nie we wszystkich razach jest wystarczające i stwierdza, jak ważną rolę odgrywa kontrola sanitarna w badaniu tego środka odżywczego.

## Pierwsza pomoc przy rażeniu prądem elektrycznem

Przypadki rażenia prądem elektrycznym są częste i powodują nierzadko zejścia śmiertelne. Częstsze natomiast są zaburzenia przemijające, wywołane wskutek zetknięcia się z prądem elektrycznym. Niebezpieczeństwo prądu elektrycznego dla człowieka zależy od napięcia i natężenia prądu, od drogi, którą prąd w ciele ludzkiem przechodzi i od czasu działania. Z doświadczeń na zwierzętach wynika, że rażenia prądem powyżej 1200 wolt nie są niebezpieczne, podczas gdy rażenia prądem poniżej 600 wolt są zawsze śmiertelne. Prąd zmienny jest niebezpieczniejszy niż stały.

W razie przypadku rażenia prądem elektrycznym nie możemy się zastanawiać nad siłą napięcia, rodzajem prądu i t. d., lecz należy kierować się zasadą, że każdy prąd może, ale nie musi zabić.

W razie nieszczęśliwego wypadku przedewszystkiem należy ofiarę uwolnić z pod wpływu działania prądu przez wyłączenie prądu, przecięcie drutu nożycami izolowanemi lub usunięcie drutów, owijających rażonego, zapomocą suchego drzewa lub przedmiotów szklanych, przyczem ratujący musi się sam strzec dotknięcia drutu lub ciała nieokrytą ręką, przez posłużenie się laską, parasolem, albo musi ręce izolować zapomocą rękawiczek gumowych lub owijania suchemi szmatami, ratowanego zaś ciągnąć za ubranie, a przewodnik jak najprędzej zetknąć z ziemią. Sama akcja ratownicza polega na bezzwłocznem zastosowaniu sztucznego oddechania, masażu serca i ewentualnem założeniu opatrunku w razie poparzeń. Sztuczne oddechanie musi być w tych razach stosowane długi czas. Na poparzenia ewentualne skóry należy założyć opatrunek.

## Ogólne wiadomości o środkach leczniczych.

Farmakologja jest nauką o środkach leczniczych. Podstawą farmakologji jest chemja. Początkowo używano leków naturalnych, a wypróbowywano je na zwierzętach. Później doszła nauka do tego, że na drodze sztucznej wytwarza się cały szereg leków, nie gorszych od naturalnych.

Środki lecznicze są to ciała — jak się można ogólnie wyrazić jady — które przez swe chemiczne własności powołują w procesach życiowych komórek ustroju (w organizmie) tego rodzaju zmiany, że choroby leczą lub przebieg jej łagodzą.

Pewne grupy leków, działając wprost na przyczynę choroby, prowadzą do wyleczenia (np. chinina przy malarji), inne znów przez pewne zmiany chemiczne, które odbywają się w komórkach ustroju, pod ich działaniem.

*Siła działania leków* zależy od rozpuszczalności ich w wodzie, szybkości wchłaniania się jadu do krwi, też i od czasu, w jakim lek ulega odtruciu, względnie wydaleniu z organizmu

(w stanach chorobowych może być to wydalenie upośledzone i łatwiej może przyjść do zatrucia organizmu). Dalej działanie leku zależy od wieku, wagi ciała, płci (kobiety $^2/_3$—$^3/_4$ dawki) — stanu leku (po pewnym czasie leki tracą swą siłę, np. sporysz po $^1/_2$ roku, podobnie naparstnica) i formy leku (sposobu stosowania go).

Leki mogą działać na ustrój tylko, jeżeli są poprzednio rozpuszczone (w wodzie lub alkoholu), gdy rozpuszczają się w pokarmach znajdujących się w przewodzie pokarmowym, w wydzielinach lub w zetknięciu z komórkami w lipoidach komórek.

Poszczególne leki wykazują działanie wybiorcze, działając na pewne grupy narządów lub na pewne narządy. Niektóre leki posiadają zdolność zbierania się w organizmie (kumulacji), z którego po pewnym czasie wydzielają się odrazu.

Sumowanie się czyli kumulacja leku, następuje, gdy podamy dawkę drugą, jeszcze nim zniknie działanie dawki pierwszej. (U większości leków czas działania jednej dawki oblicza się na 3—5 godzin). Działanie pewnego leku może potęgować działanie leku drugiego, przez niejako uczulenie organizmu na wpływ leku pierwszego — to sumowanie działania leków nazywamy *synergizmem*. W przeciwieństwie do tego zauważono odwrotny wpływ w działaniu niektórych leków, t. j. znoszenie działania jednego leku przez działanie innego leku, (np. działanie morfiny i atropiny na centrum oddechowe). Niektórzy ludzie odznaczają się wstrętem do pewnych leków czyli t. zw. *idjosynkrazją*, jest to nadmierna wrażliwość danego organizmu na pewne leki.

Sposób podania danego leku decyduje o szybkości dostania się go w stanie niezmienionym do krwi. Środki lecznicze możemy podawać: 1) przez usta (per os), 2) przez kiszkę stolcową (przedtem oczyszczamy kiszkę stolcową zwykłą lewatywą, a następnie stosujemy lek czyto w formie lewatywy leczniczej, czy formie czopka). Przy podawaniu leków przez usta działanie ich jest najsłabsze i najwolniejsze (niektóre leki, podawane przez usta, drażnią błonę śluzową przewodu pokarmowego), ponieważ z jednej strony ulegają działaniu treści i nim dostaną się do krwi podlegają odtruwającemu działaniu wątroby. 3) Przez skórę w postaci maści. Leki na skórze stosujemy, gdy chodzi o działanie mieszane. Niektóre leki wchłaniają poprzez nieuszkodzoną powierzchnię skóry dzięki rozpuszczalności w lipoidach komórkowych. 4) Przez płuca wdechiwanie leków łatwo lotnych, 5) wstrzykiwanie leków pod skórę, 6) wstrzykiwanie śródmięśniowe, 7) wstrzykiwanie dożylne, 8) wstrzykiwanie do jam ciała.

Dawkowanie. W lecznictwie stosujemy różne rodzaje dawek, ażeby jad osiągnął działanie fizjologiczne musi jego stężenie we krwi posiadać pewien stopień, nazywamy to *dawką minimalną*. Dla celów leczniczych stosujemy zazwyczaj *dawkę*

większą, zwaną dawką *lecznicza*. Najwyższą dawkę leczniczą, którą możemy stosować bez obawy zatrucia, nazywamy *dawką maksymalną*. Przekroczenie tej dawki stanowi *dawke* trującą, ewentualnie *śmiertelną*.

Podajemy zazwyczaj $^1/_2$, $^3/_4$, $^4/_5$ i t. d. dawki leczniczej. Dzieciom dajemy dawki dużo mniejsze, np. rocznemu $^1/_{25}$, dwuletniemu $^2/_{25}$ dawki leczniczej, a w wieku od 14—15 lat już połowę dawki leczniczej, obliczonej dla człowieka dorosłego. Pewnych leków, np. morfiny i pokrewnych nie podajemy dzieciom wogóle z powodu ich silnej wrażliwości na te leki.

Przy dłuższem stosowaniu pewnych leków organizm ulega przyzwyczajeniu tak, że normalna dawka lecznicza okazuje się na małą.

Ogólne środki lecznicze dzielimy na:

1) Środki chemiczne sztuczne.
2) Środki roślinne.
3) Przeróbki farmaceutyczne.

(Dokończenie nastąpi).

---

**Redakcja przypomina, że już najwyższy czas uregulować zaległą prenumeratę, w przeciwnym razie wstrzyma wysyłkę pisma.**

---

# Co położna pamiętać powinna?

**Położna powinna unikać wszelkich miejsc i przedmiotów zakaźnych.**

**W opiece nad porodem musi położna pamiętać, że życie matki jest ważniejsze niż życie płodu, który ma przyjść na świat.**

**Każdy niebolesny guzek w sutce, u kobiety ponad 35 lat życia (poza okresem połogu), wielkości choćby grochu musi być zbadany przez chirurga, ponieważ może to być schorzenie rakowate, a im wcześniejsze leczenie tym wyniki lepsze.**

**Nie pociągać za pępowinę, bo można ją urwać lub wynicować macicę.**

**Badanie wewnętrzne powinno być jak najdokładniejsze, ale jak najrzadsze.**

**Pierwszym obowiązkiem położnej jest dobro rodzącej.**
**W połogu należy kontrolować tętno i ciepłotę dwa razy dziennie.**

**Do każdego porodu musi położna zabrać przepisaną torbę.**

**Z każdych 100 niemowląt karmionych z flaszki umiera w pierwszym roku życia 25, a z karmionych piersią matki tylko 6 dzieci ginie w tym samym okresie.**

Wydawca: Stow. Położnych Województwa Krakowskiego. Redaktor odpow.: Dr. Adam Papée
Z Drukarni Ludowej w Krakowie pod zarządem Ignacego Winiarskiego.